Rok XLI. Kraków, 8 Marca 1902. Nr. 10.

PRZEGLĄD LEKARSKI

organ Towarzystw lekarskich: Krakowskiego i Galicyjskiego

Redaktor główny: Dr. August Kwaśnicki.

I. Z oddziału chirurgicznego szpitala św. Łazarza w Krakowie.

W sprawie wydobywania ciał obcych z przełyku zapomocą koszyka Gräfego.

Podał

Prof. Dr. Rudolf Trzebicky.

Utkwienie ciała obcego w gardle (*pharynx*) lub przełyku (*oesophagus*) sprowadza niejednokrotnie cały szereg niebezpieczeństw, które po większej części zależą od fizycznych własności wklinowanego ciała, przedewszystkiem znacznie się zwiększają wtedy, gdy powierzchnia tego ciała jest szorstka, nierówna, a ciało obce posiada ostre brzegi i t. p. Jeżeli się nie uda usunąć ciała obcego przez jamę ustną, lub przez zepchnięcie go do żołądka, to z każdą godziną wzmaga się niebezpieczeństwo przebicia ścian narządu przez wrzód odleżynowy z wszystkiemi dalszemi następstwami, że wspomnę tylko o ropniach na szyi, opuszczających się ku śródpiersiom i wywołujących często ciężkie napady duszności, o ropnem zapalaniu opłucnej i zapaleniu płuc posokowatem, o przebiciu do tchawicy, o krwotokach z nadżartych wielkich tętnic i żył i t. p. Niebezpieczeństwo przebicia przyspiesza niestety nieraz także i lekarz i to nie bardzo rzadko w okresie, w którym jeszcze wcale daleko do samowolnego przebicia. Mam tu na myśli próby wydobycia i nawet udałe wyciągnięcia za pomocą nieodpowiednich przyrządów, jakkolwiek ogólnie jeszcze używanych i zalecanych. W pierwszym rzędzie chodzi tu o ogólnie znany „koszyk Gräfego“, przyrząd, którym już nieraz znaczną szkodę chorym wyrządzono. Na niebezpieczeństwa, połączone z użyciem tego przyrządu, zwraca uwagę Fischer [1]), twierdząc, że „jeśli ciało obce mocno jest wklinowane w koszyku, to nawet przy lekkiem pociągnięciu chory może doznać uczucia duszenia się, a chirurg dziękuje Bogu, gdy mu się uda przyrząd wydobyć z przełyku. Langenbeck w podobnej sytuacyi męczył się raz przez $^1/_2$ godziny, a Adelmanowi udało się wyjęcie narzędzia dopiero na trzeci dzień. Także Schmidt nie mógł tego przyrządu wyciągnąć; chory jego miał narzędzie przez całą noc w gardle, aż dopiero na drugi dzień usunięto go zapomocą ezofagotomii. Przy usiłowaniu wydobycia kamienia urwał się raz koszyk; musiano go usunąć drogą ezofagotomii wraz z kamieniem“. J. Weinlechnerowi utkwił raz koszyk, wprowadzony w celu wydobycia połkniętego i uwięzłego żebra z wieprza, w gardle tak, że dopiero przez ezofagotomię udało się go usunąć. Podobny nieprzyjemny przypadek przydarzył się Felizetowi; tu jednakże obeszło się szczęśliwie bez ezofagotomii. Znane są zresztą także przypadki, w których wolny brzeg koszyczka zahaczył się na przedniej ścianie przełyku poniżej chrząstki pierścieniowej i tam spowodował mniej lub więcej głębokie obrażenia błony śluzowej. Największem jest niebezpieczeństwo przy usuwaniu z przełyku zapomocą koszyka silnie wklinowanych kolczastych, ostrych ciał obcych. Wśród tych okoliczności można ciągnąc po ciemku przeciąć ciałem takiem ścianę przełyku jakby nożem z jednej lub z obu stron. Możności tej dowodzi przypadek, którego historyę poniżej podaję, a który tembardziej jest pouczający, że wydobycia koszykiem wykonał według wszelkich zasad sztuki i względnie bardzo łatwo mistrzowską ręką Prof. Pieniążek, którego wprawa i pewność prowadzenia przyrządu jest chyba aż nadto znaną. Historya choroby jest w krótkości następująca:

A. S. lat 53 licząca, nieco przedwcześnie zestarzała kobieta, uczuła 4/XI. 1901 r. podczas jedzenia mięsa, że jakiś twardy przedmiot utkwił jej w »gardle«. Nazajutrz przedstawiła się chora, jako ambulantka, prof. Pieniążkowi, skarżąc się na silne bóle w gardle i na uczucie osłabienia. Prof. Pieniążek wydobył z wielką łatwością zapomocą koszyka kawałek kości na 3 cm. długiej, wązki, na jednym końcu ostro zakończony; drugi koniec 5 mm. szeroki przypominał kształtem swym topór rzeźniczy. Brzegi i krawędzie, jakoteż końce tej kości były nadzwyczaj ostre tak, że można było nią jakby nożem nacinać naskórek na dłoni. Chora nieskarżyła się podczas wyciągania na żadne cierpienia. Dopiero w następnych 2 dniach wzmogły się bóle, istniejące jeszcze przed wydobyciem kości, a równocześnie wystąpiło bardzo silne osłabienie.

Dnia 8/XI. podążyła chora z wielkim trudem do kliniki laryngolorgicznej, zkąd odesłaną została przez prof. Pieniążka po stwierdzeniu groźnego jej stanu na oddział chirurgiczny. Pacyentka okazywała wybitne objawy ciężkiego zakażenia gnilnego: język suchy, tętno słabe, niedające się prawie policzyć, wysoka gorączka, poty i przyćmiona nieco świadomość. Szyja przedstawiała się, zwłaszcza przy oglądaniu z przodu, obrzękłą, jak przy rozlanym wolu. Wzdłuż przedniego brzegu mięśnia mostkosutkoobojczykowego, głównie ze strony prawej i w jego dolnej części, znaczny obrzęk skóry, jakoteż wyraźne trzeszczenie, znikające jednak po pierwszym ucisku. Po lewej stronie trzeszczenia wykazać nie można. Obraz laryngoskopijny przedstawiał obrzęk prawej chrząstki nalewkowej. Na podstawie tego badania przedmiotowego rozpoznałem przebicie gardła lub przełyku z następowem ropnem zapaleniem tkanki łącznej na szyi i przystąpiłem natychmiast przy łaskawej asystencyi prof. Pieniążka po uśpieniu chloroformowem pacyentki do operacyi. Cięcie skórne wzdłuż przedniego brzegu prawego mięśnia mostkosutkoobojczykowego od chrząstki tarczykowej do mostka. Tkanka łączna podskórna była nieco obrzękła; po odsłonięciu przedniego brzegu mięśnia i odsunięciu go hakiem na zewnątrz, całe pole operacyjne zakrywał powiększony, ciastowaty, miejscami szarą wypociną włóknikową pokryty gruczoł tarczykowy. Dopiero gdy go odpreparowano i przeciągnięto hakiem ku linii środkowej, a wielkie naczynia zaś ku zewnątrz, ukazała się w głębi w szczelinie między naczyniami, kręgosłupem a przełykiem znaczna ilość cuchnącej, pienistej ropy. Podobnie postąpiłem i po drugiej stronie, nie natrafiwszy jednak tutaj nic nieprawidłowego, prócz miernego obrzęku podskórnego, który

[1]) Die Oesophagotomie bei Fremdkörpern. (Deutsche Zeitschrift für Chirurgie T. 25).

można było tłómaczyć, jako obrzęk poboczny. Przypuszczałem tedy tylko skaleczenie przełyku po stronie prawej; późniejszy przebieg wykazał jednak, żem się omylił. Rany wytamponowałem gazą jodoformową, zwłaszcza także i przestrzeń pozaprzełykową, o ile skutkiem ropienia była odpreparowaną, poleciłem odżywiać chorą zgłębnikiem i ułożyć ją poziomo. Nadmienić muszę, że pod koniec operacyi pacyentka przestała oddychać; sztuczne oddychanie, wykonywane przez 2—3 minut, przywróciło ją do życia. Ciepłota wieczorna 37·6 C.

Dnia 9/XI. rano C. 37·8. Zmiana opatrunku. Gazę jodoformową usunięto i zastąpiono świeżą. Rana była zupełnie sucha, pokryta szarymi nalotami. Ciepłota wieczorna 37·4. Nazajutrz przy zmianie opatrunku zauważono szerzenie się ropnego nacieku w przestrzeni pozaprzełykowej i z powodu tego wytamponowano ją ściśle gazą jodoformową w całej jej części szyjnej.

Dnia 11./XI. Chora nie zgadza się na dalsze sondowanie połyku w celu jej odżywiania, jako nadzwyczaj przykre. Podczas zmiany opatrunku poleciłem pacyentce na próbę połknąć nieco mleka przez usta, przekonałem się jednak niestety, że mleko wypływało po obu stronach z przełyku, a mianowicie z prawej strony otworem mniejszym, z lewej otworem wprawdzie większym, ale o wiele słabszym strumieniem, ponieważ otwór znajdował się cokolwiek więcej ku tyłowi i w znacznej części był zakryty kręgosłupem. Postanowiłem tedy przez ostatni ten otwór wprowadzić sączek grubości palca aż prawie do żołądka i tą drogą pacyentkę dalej odżywiać. Całą ranę wytamporowano możliwie jak najdokładniej gazą jodoformową.

Do 16./XI. utrzymywała się ciepłota w granicach prawidłowych; dopiero tego dnia wieczorem doszła do 38·7. Przy zmianie opatrunku stwierdzono opuszczenie się ropy prawie na 2 ctm. do przedniego śródpiersia po stronie prawej, natomiast nieznaleziono nigdzie ropy mimo skrzętnego poszukiwania, ani w przestrzeni pozaprzełykowej, ani w śródpiersiu tylnem. Do przedniego śródpiersia wprowadzono przez ranę gruby sączek i wlano mięszankę jodoformową. To samo powtarzano i w dniach następnych i za każdym razem śledzono pilnie, ale bez skutku, czy się ropa w innem miejscu w głąb nie opuszcza. Wśród zwiększającego się osłabienia i miernej ciągle gorączki dnia 19./XI. nastąpiła śmierć.

Sekcya wykonana w zakładzie anatomo patologicznym wykazała galaretowaty naciek tkanki łącznej pozaprzełykowej, względnie przedkręgowej w śródpiersiu, jakoteż złogi włóknikowo-ropne na bocznych ścianach przełyku, przechodzące i na osierdzie. W obu workach opłucnowych również nieco cieczy ropnej. Przełyk był skaleczony w 2 miejscach, a mianowicie nieco poniżej chrząstki pierścieniowej znajdowały się z obu stron okrągławe otwory o brzegach pokrytych świeżą ziarniną, prawy wielkości halerza, lewy nieco wiekszy, prawdopodobnie rozszerzony przez sączek. Gruczoł tarczykowy był bardzo mały, lubo podczas operacyi z powodu swej wielkości zakrywał niemal całe pole operacyjne.

Opisane zranienia powstały bez wątpienia przy wydobywaniu kości, ułożonej prawdopodobnie poprzecznie w przełyku, za czem przemawiają przedewszystkiem ostre brzegi kości, jakotez obustronne zranienie.

Przypadek nasz należy do owych znanych po części w piśmiennictwie, a prawdopodobnie w większej jeszcze części nieogłoszonych, w których przez użycie koszyka zdrowie chorego na szwank narażono. Narzędzia tego należy jedynie wtedy używać, gdy się wie z wywiadów, że pacyent połknął ciało gładkie, nie kolczaste, jeśli nie długi okres czasu upłynął od chwili nieszczęsnego zdarzenia i jeśli wogóle niema objawów grożącego przebicia. Manipulacya tym przyrządem odbywa się zupełnie na oślep, a działalność lekarza podczas tego zależy w zupełności od przypadku. Co innego byłoby, gdyby się miało należyte wyobrażenie o położeniu ciała obcego zapomocą roentgenoskopii, jak to proponują Hochenegg[2]) i Schüller[3]). W takim razie możnaby przyrządem kierować do pewnego stopnia i to świadomie, zwłaszcza gdyby się wykonywało wyjęcie ciała obcego, jak to Hochenegg na podstawie całego szeregu pomysłowych doświadczeń poleca, podczas prześwietlania chorego. W czasie swych badań i prób mógł Hochenegg na ekranie zawsze wprost wyszukać ciało obce i równocześnie zupełnie dokładnie śledzić ruch metalowego koszyka i widzieć, czy doszedł do ciała obcego i dobrze takowe objął, czy przy pociąganiu koszykiem ciało obce również się porusza i t. p. Ale nawet ten zawikłany sposób postępowania nie jest w stanie zastąpić wyciągnięcia, odbywającego się pod bezpośrednią kontrolą wzroku, względnie dotyku, nie mówiąc już o tem, że nie wszędzie można go wykonać i że nadaje się tylko do świeżych przypadków, w których jeszcze brak odleżyny w ścianie przełyku. Pierwszeństwo pomiędzy wszystkimi sposobami wydobycia ciał obcych należy się bezsprzecznie ezofagoskopii wydoskonalonej głównie przez Hackera. Niestety, nie zawsze się można uciec do tego sposobu, gdyż wymaga on szczególnej wprawy. Pozostaje tedy dla większej liczby przypadków albo wyciągnięcie kleszczami pod bezpośrednią kontrolą palca, jeśli ciało obce utkwiło wysoko w górze, albo też ezofagotomia. Wskazania do tej operacyi, oznaczone przez Fischera[4]) w r. 1887, utrzymały się i po dziś dzień w pełni swego znaczenia, oczywiście z uwzględnieniem esofagoskopii i roentgenoskopii w odpowiednich przypadkach Fischer stawia następujące zasady dla interwencyi chirurgicznej:

a) Świeżo połknięte ciało obce należy po użyciu metod bezkrwawych usunąć przed końcem drugiego dnia zapomocą esofagotomii. W razie obawy uduszenia należy natychmiast wykonać tracheotomię.

b) Jeśli od połknięcia ciała obcego upłynęło kilka dni, należy po jednorazowem bezskutecznem zastosowaniu metod bezkrwawych, natychmiast przystąpić do ezofagotomii.

c) Jeśli wszelkie próby wyciągnięcia albo zepchnięcia ciała obcego, już z powodu natury jego są niebezpieczne, powinno się natychmiast operować.

d) Jeśli istnieje naciek na szyi, albo już pokazało się krwawienie z jamy ustnej, natychmiastowa ezofagotomia jest wskazaną.

Równocześnie też udowodnił Fischer na podstawie dokładnej statystyki wszystkich znanych przypadków esofagotomii przy ciałach obcych, „że niebezpieczeństwo przy tej operacyi jest bardzo małe i że jako zranienie nie może ona wchodzić wcale pod uwagę“. W każdym razie mniejszą szkodę ponosi chory przez poddanie się ezofagotomii według zasad sztuki, aniżeli często przez zupełnie umiejętne manipulacye koszykiem. Przypadki, w których wśród esofagotomii potrzebneby były szczególnie ciężkie komplikujące zabiegi, jak w przypadku Forguesa[5]), w którym musiano odsłonić przełyk w śródpiersiu przez wycięcie 4, 5 i 6 żebra należą na szczęście do rzadkości.

Chciałbym jeszcze w krótkości wspomnieć o zapaleniu tkanki łącznej w śródpiersiu, stwierdzonem w naszym przypadku przy sekcyi. Jest ono niestety aż nadto częstem powikłaniem przebicia przełyku. Ropienie w śródpiersiu przednim rozpoznaliśmy zresztą już za życia chorej, przeoczyliśmy jednak je w śródpiersiu tylnem, mimo żeśmy ciągle o tej

[2]) Chirurgisch casuistische Mittheilungen. (Wien. klin. Wochenschrift 1896 Nr. 51).

[3]) Extraction eines Knochenstückes aus der Speiseröhre. (Berl. klin. Woch. 1897 Nr. 13).

[4]) Die Oesophagotomie bei Fremdkörpern. Nachtrag. (Deutsche Zeitschrift für Chirurgie T. 27).

[5]) Centralblatt für Chir. 1899. str. 459

możliwości myśleli. Liczba skutecznie operowanych ropni w śródpiersiu jest zresztą, jak już z dokładnego zestawienia Hackera [6]) wynika, dotychczas bardzo mała, a w naszym przypadku wobec braku ograniczonego ropnia, a natomiast istnienia rozlanego nacieku galaretowatego, nawet w razie należytego rozpoznania chyba że nie było podstawy do nadziei pomyślnego wyniku po jakimkolwiek dalszym zabiegu operacyjnym. Przypadek nasz zdaje się należeć raczej do grupy tych posokowatych, postępujących okołoprzełykowych zapaleń, w których niema prawie żadnej nadziei wyleczenia.

* * *

II. Uwagi nad wydobywaniem ciał obcych z przełyku.

Podał

Prof. Dr. Pieniążek.

Artykuł prof. Trzebickyego „W sprawie wydobywania ciał obcych z przełyku *(oesophagus)* zapomocą koszyka Graefego“, oparty na przypadku, w którym ja koszyczkiem kość wydobyłem, a w następstwie ropienie w tkance okołoprzełykowej powstało, powoduje mnie do podania tych kilku uwag; sądzę, że wzajemna wymiana zapatrywań przyczynić się tylko może do ustalenia wskazań dla różnych zabiegów, podejmowanych w celu wydobycia ciał obcych z przełyku. Prof. Trzebicky podniósł niebezpieczeństwo uwięźnięcia ciał obcych w przełyku, a zarazem i niebezpieczeństwo, towarzyszące użyciu koszyczka w celu ich wydobycia. Właściwie nie czyni on zarzutu samemu narzędziu, ale wogóle zabiegom, podejmowanym przy ciałach obcych w przełyku bez kontroli wzroku. Słuszność tych uwag każdy przyznać musi; ja z mej strony dodam tylko, że każdy sposób wydobywania ciał obcych z przełyku połączony jest z pewnem niebezpieczeństwem, a zarazem, że na karb wykonanego zabiegu spadać czasem mogą zranienia, które już poprzednio skutkiem utknięcia ciała obcego w przełyku powstały. Pamiętną mi jest z moich czasów studenckich kobieta, która na schodach kliniki wewnętrznej w Krakowie nieżywą znaleziono, a u której sekcya wykazała przebicie aorty przez ostrą kość, tkwiącą w tylnej ścianie przełyku Gdyby ta kobieta była przyszła do kliniki cokolwiek wcześniej, przebicie aorty byłoby pewnie nastąpiło podczas zabiegów, podjętych w celu wyciągnięcia kości i im tylko zostałoby przypisane. Wspomina też i prof. Trzebicky, że ciała obce łatwo sprowadzają odleżyny i przebicie ścian przełyku, skutkiem czego powstają rozlane ropne i posokowate zapalenia w śródpiersiu tylnem; ja tu podniosę jeszcze, że ciało obce o ostrych brzegach, utkwiwszy w przełyku, ściany jego wprost przebić może. Łatwiej jeszcze, niż w przełyku przebicie nastąpić może w zakrtaniowej części gardła, którego zdzi rgacze kurcząc się, ściskają ciało obce przy każdym ruchu połykowym; najłatwiej nastąpi ono na dolnej granicy, gdzie gardło, przechodząc w przełyk, się zwęża. Przez otwór powstały w tem miejscu dostać się mogą łatwiej jeszcze poza ściany gardła cząstki wydzieliny jamy ustnej i płynów połykanych, niż przez otwór w przełyku, skurcz bowiem zdziergaczy powstałą szczelinę rozszerza, a płyny w nią wtłacza. Ztąd tu powstają tem łatwiej ropne lub posokowate zapalenia, które w wiotkiej tkance okołoprzełykowej łatwo się rozszerzają, obejmując wkrótce całe tylne śródpiersie. Jeszcze łatwiej nastąpić to może po wypadnięciu, lub usunięciu ciała obcego, wtedy bowiem otwór wcale już nie jest zatkany. W jednym z moich przypadków, w którym śmierć w siedm dni po udławieniu się ciałem obcem nastąpiła, znaleziono przy sekcyi na dolnej granicy gardła po stronie prawej podłużną szczelinę w ścianie, długą na dwa centymetry, zapalenie posokowate rozlane w całem tylnem śródpiersiu i obustronne zapalenie opłucnej; ciała obcego zaś wcale nie znaleziono. O zapalenie śródpiersia możnaby tu obwiniać zabiegi, podjęte w celu usunięcia ciała obcego; chory jednak zjawił się w szpitalu dopiero w sześć dni po udławieniu się, a więc dzień przed śmiercią, a zapalenie rozlane śródpiersia z obfitą posokowatą zielonawoczarną wypociną około całego przełyku nie mogło tak szybko powstać, lecz musiało się przynajmniej dni kilka przedtem już wytwarzać. W tem samem miejscu nastąpiło przebicie i w naszym przypadku i to przez oba ostre końce kości po obu stronach gardła. Oba otwory znajdowały się, jak to przy operacyi dokładnie stwierdzić było można, za chrząstką obrączkową, a więc w obrębie dolnego zdziergacza gardła. Mnie się wydaje prawdopodobnem, że przebicie to powstało samoistnie pod wpływem skurczu zdziergaczy, gdy kość się dostała w położeniu p przecznem do zakrtaniowej części gardła. Być może, że przy pociągnięciu koszyczkiem jeden lub oba końce kości rozcięły więcej jeszcze ściany przełyku, w które już były wbite; nie sądzę jednak, by samo przebicie ścian dopiero pod wpływem koszyczka nastąpiło; nie umiałbym bowiem sobie wytłómaczyć, jakim sposobem powstało po obu stronach. Po wyciągnięciu kości, które lekko poszło, nie było krwawienia, a chora czuła ulgę i chciała odjechać do domu. Wobec jednak tego, że kość była bardzo ostra, a po jej wyciągnięciu bolesność na szyi po obu stronach krtani przecież nie ustąpiła, zatrzymałem chorą i poleciłem jej przedstawić mi się na drugi dzień. Bolesność utrzymywała się dnia następnego, a wystąpiła jeszcze silniej w trzecim dniu; nie mogłem jednak na szyi, ani też zapomocą zwierciadełka, stwierdzić sprawy zapalnej okołogardłowej. Podejrzywając ją jednak, kazałem chorej przyjść dnia następnego do szpitala, a wtedy stwierdziłem dopiero obrzmienie na szyi z trzeszczeniem po stronie prawej, oraz małe obrzmienie prawej chrząstki nalewkowej. Dodać muszę, że chora, która jeszcze przed wyciągnięciem kości wydawała mi się trochę osłabioną (co brałem na karb nie jedzenia przez cały dzień u osoby przedwcześnie zestarzałej), w dwa dni potem przedstawiała osłabienie wybitniejsze, a w trzy dni, t. j przed operacyą, nawet bardzo znaczne. Na podstawie tego, co podałem, sądzę, że użycie każdego innego narzędzia byłoby połączone z temi samemi następstwami, a jedynie wcześniej, choćby o dzień jeden, zrobiona ezofagotomia mogła chorą uchronić od szerzenia się zapalenia w tkance okołogardłowej i okołoprzełykowej. Nie mogłem jednak mimo starannego badania w tym kierunku nawet dnia poprzedniego nic wybadać, coby mi dawało wskazówkę, że zapalenie w tkance okołogardłowej się rozwija; sama zaś bolesność nie wydawała mi się jeszcze na to wystarczającą.

Co do samego koszyczka, sądzę, że jest on, jak na narzędzie, mające działać na ślepo, dobrze obmyślany; konieczny jego kształt zwykle pozwala go wsunąć pod ciało

[6]) Zur operativen Behandlung der perioesophagealen u. mediastinalen Phlegmone. Verhandl. d. Ges. f. Ch. 30. Congress.

obce i podważywszy je rzegiem, wyciągnąć; dotyczy to znacznej większości przypadków, w których się ciało obce o ściany przełyku opiera, lecz ich nie przebiło. Może wprawdzie koszyczek zahaczyć o dolny brzeg więcej ku tyłowi wystającej płyty chrząstki obrączkowej; są to jednak przypadki bardzo rzadkie, a przy odpowiednim kształcie koszyczka nie łatwo większe zranienie nastąpić tu może. W razie tak silnego zaklinowania ciała obcego, że go wyruszyć nie można bez użycia nadmiernej siły, a zahaczony koszyczek sam wydobyć się nie da, przystąpić należy do rozcięcia przełyku, które przez obecność koszyczka nie będzie więcej utrudnione, a z powodu silnego zaklinowania ciała obcego i tak jest konieczne; wreszcie i te przypadki zdarzają się wyjątkowo tylko; właściwe niebezpieczeństwo użycia koszyczka zachodzi tylko przy ciałach tak ostrych, że przy wyjmowaniu ich ściany przełyku lub gardła rozcięte być mogą. Ciała obce kończyste, ale na brzegach nie ostre, jakiemi są ości rybie, lub kości długie z drobiu, wbite jednym końcem w ścianę przełyku, łatwo wejść mogą w okienko przy górnym brzegu koszyczka i nie pozwalają wtedy na wprowadzenie go głębiej; nie tak łatwo jednak mogą zostać przez sam koszyczek głębiej w tkaninę wepchnięte, jak to się przy użyciu gąbek lub zgłębników wydarzyć może, ale przeciwnie za wyciągnięciem koszyczka same zwykle wyciągnięte zostaną. Ciała kończyste nieco szersze o brzegach ostrych, wbiwszy się w ściany przełyku, mogą jednak przy wyciąganiu więcej je jeszcze rozciąć, a nawet i bez tego pozostawiać po sobie otwór do tylnego śródpiersia; ciał więc tego rodzaju nie należy koszyczkiem wyciągać, lecz odrazu przystąpić do ezofagotomii. Do takich ciał należą odłamki nożów, ostre blaszki metalowe, sztuczne zęby, kawałki szkła itp.; czy jednak i kości, które przedstawiają najczęstsze ciała obce w przełyku, także do takich ciał zaliczyć należy, to trudno rozstrzygnąć, kształt ich bowiem może być bardzo rozmaity, a mimo opowiadań chorych nie da się z góry przewidzieć; tu dawać może wskazówkę tylko doświadczenie. Ja w ciągu 23 lat lat mojej praktyki w Krakowie wyciągam co roku po kilka ciał obcych z przełyku, a pomiędzy niemi już kilkadziesiąt kości wydobyłem. Wiele z nich było kończystych, ale tak ostrych na brzegach, jak w opisanym przez prof. Trzebickyego przypadku, nie pamiętam; jest to też jedyny przypadek w mojej praktyce, w którym po wydobyciu ciała obcego ropienie okołoprzełykowe nastąpiło. Chora umarła po moich zabiegach, być może, że skutkiem tych zabiegów, na zapalenie śródpiersia; nie chcę jej uważać za przypadek jedyny, albowiem gdyby chory, na początku wspomniany, zjawił się był u mnie wcześniej, musiałbym i u niego zapalenie śródpiersia przypisać tylko moim zabiegom, a byłoby ono wobec wielkości otworu na dolnej granicy gardła niewątpliwie powstało nawet po wczesnem wyciągnięciu kości, a wtedy liczyłbym dwa przypadki zapalenia śródpiersia po moich zabiegach, na kilkadziesiąt przypadków szczęśliwego wydobycia kości z przełyku. Tutaj zapytam, czy gdybym wszystkich tych chorych był nakłonił do ezofagotomii, nie byłoby z pomiędzy nich zmarło więcej skutkiem samej operacyi. Jeżeli Fischer na podstawie statystyki uważa niebezpieczeństwo przy ezofagotomii za bardzo małe, to jednak sądzę, że jest ono większem, niż przy wyciąganiu kości z przełyku koszyczkiem wogóle; inną bowiem miarą musi się oceniać wyniki większych zabiegów krwawych, a inną zabiegi, które się zwykle na chorych przychodnich odbywa. Przypadek śmierci w tych ostatnich robi wielkie wrażenie, gdy w pierwszych przypadki te liczą się jako odsetek śmiertelności przy zabiegu, który może się nawet bardzo małym wydawać. A przytem przypadki szczęśliwego wydobycia ciał obcych z przełyku na drodze bezkrwawej są tak liczne, że nie budzą interesu i dlatego ich się zwykle nie ogłasza, nieszczęśliwe zaś przypadki są ważne i dlatego wie się o nich więcej. Na odwrót chętnie ogłasza się szczęśliwe wyniki ezofagotomii przy ciałach obcych w przełyku, ale czy każdy równie skwapliwie donosi także o wynikach nieszczęśliwych? Sam Fischer wreszcie zaleca w zwykłych przypadkach ezofagotomię dopiero w razie nie udania się zabiegów bezkrwawych; odrazu zaś do niej przystąpić radzi tam tylko, gdzie krwawienie dowodzi głębszego zranienia, a obrzmienie na szyi wskazuje na ropienie w tkance okołoprzełykowej, albo gdzie z powodu natury ciała obcego zabiegi bezkrwawe z góry za niebezpieczne uważać należy. Jak już wyżej podniosłem, na podstawie własnego doświadczenia nie mogę do tego rodzaju ciał zaliczyć kości wogóle, przyznaję tylko, że w rzadkich przypadkach może i wydobywanie kości z przełyku koszyczkiem być niebezpieczne. Nie wyżej od koszyczka stoją pod tym względem inne narzędzia, służące do wydobywania ciał obcych z przełyku, jak haczyk Kürbissona, „chwytacz ości“ *(Grätenfänger)* Fergussona, szczypczyki przełykowe giętkie, odgięte szczypczyki krtaniowe Schröttera, (których czasem u dzieci w przełyku używam) itp.; wszystkie te narzędzia, używane na ślepo, przedstawiają w danych warunkach takie samo niebezpieczeństwo zranienia przełyku ciałem obcem, jak koszyczek.

Nasuwa się jeszcze pytanie, czy nie jest bezpieczniej wydobywać ciała obce z przełyku na drodze bezkrwawej przy pomocy ezofagoskopii? Ezofagoskop, wprowadzony do przełyku, pozwala istotnie widzieć ciało obce i pod kontrolą wzroku uchwycić; wprowadzenie jego jednak połączone jest z pewnemi trudnościami z powodu, iż stanowi on rurę prostą, przy wprowadzeniu której chory bardzo znacznie w tył musi być wygięty. Ciała obce jednak, leżące poprzecznie w zakrtaniowej części gardła, łatwo przy wprowadzaniu ezofagoskopu mogą zostać zepchnięte ku dołowi, a przez to w danym razie ostrymi brzegami rozciąć tem łatwiej zwężające się na swej granicy gardło. Tak więc i ezofagoskopia nie jest zupełnie wolna od niebezpieczeństwa wobec ostrych ciał obcych w dole gardła, może ona jednak u chorych dość spokojnych i cierpliwych oddać prawdziwe usługi przy ciałach obcych w przełyku. Roentgenoskopia pozwala widzieć dokładnie cień ciał metalowych, niełatwo jednak przez nią uwidocznić cienką kostkę, leżącą przy samym prawie kręgosłupie. O ile łatwo da się ciało obce przy roentgenoskopii uchwycić, tego ocenić nie umiem; sądzę jednak, że i w tym razie niebezpieczeństwo, towarzyszące wydobyciu ostrych ciał obcych, pozostałoby to samo.

Jak z powyższego wynika, żadna z metod wydobywania ciał obcych z przełyku nie jest zupełnie wolną od niebezpieczeństwa; należy zatem tę wybierać, która w danym przypadku najprostszą się wydaje, o ile nic nie wskazuje na występujące przy jej użyciu niebezpieczeństwo. Że w tem można się pomylić, to nie ulega wątpliwości; chodzi jednak o to, by dla uniknięcia rzadkiej pomyłki nie narażać cho-

rego na cięższy zabieg operacyjny, który sam przez się jeszcze więcej może być niebezpieczny. Wobec rozmaitości i nie dającego się często z góry oznaczyć kształtu ciała obcego, wybór metody jest tu trudny i nie da się w szczególnym przypadku zawsze stanowczo oznaczyć; czasem przyjdzie żałować, że się chorego odrazu do ezofagotomii nie nakłoniło, a nieraz może się przy ezofagotomii okazać, że była ona zupełnie zbyteczna, gdyż ciało obce na drodze bezkrwawej byłoby się z łatwością dało usunąć.

III. Z kliniki lekarskiej prof. dra Gluzińskiego we Lwowie.

O stosowaniu leczniczem żelatyny w krwotokach i tętniakach.

Podał
Dr. Henryk Berger
c. i k. lekarz pułkowy.

Próby stosowania żelatyny, jako środka tamującego krew, rozpoczęte w r. 1896 przez Carnota, zachęciły niebawem badaczy, jak Sidneya, Gandiera i Freudenthala do dalszych doświadczeń. Sprawa ta jednak wstąpiła na właściwą drogę dopiero w rok potem, gdy Lancereaux ogłosił zasady postępowania przy tętniakach, oparte na doświadczeniach Dastrego i Floresca. Praca ta dała początek całemu szeregowi prób, nie ustających do dnia dzisiejszego.

Punktem wyjścia w tem stosowaniu żelatyny jest twierdzenie, że jest ona środkiem *sui generis* tamującym krew, a to przekonanie i nadzieja, że się znalazło nowy, dla ustrojów nieszkodliwy środek tamujący krew i wytwarzający skrzepy, były bodźcem do coraz to nowszych doświadczeń stosowania żelatyny w różnych krwotokach. Zanim przedstawię zasady jej działania, opisać muszę pokrótce sposoby przygotowania żelatyny, rozcieńczanie jej w ilości potrzebnej do wstrzyknięcia i samego aktu wstrzykiwania.

Sposoby stosowania mamy trzy:

1) Zewnętrznie w razie krwawienia z dostępnych jam.
2) Podawanie wewnątrz przez usta i
3) Wstrzykiwania, dające się użyć w każdym przypadku, specyalnie jednak mające zastosowanie przy tętniakach.

Co się tyczy zastosowania zewnętrznego, to dotychczas najczęściej używaną była żelatyna w uporczywych krwotokach nosowych. Używaliśmy w tym celu 10% ciepłego, wyjałowionego rozczynu, który wlewaliśmy do nosa zapomocą czółenka nosowego, irygatora, lub strzykawki Webera, lub też napajaliśmy tym rozczynem kawałki gazy, przeznaczone do tamponady.

Przez usta podaje się żelatynę w postaci galarety, do której dla smaku dodajemy trochę soku cytrynowego. Żelatynę opłókaną w zimnej wodzie zagotowuje się, a oziębiwszy podaje się choremu łyżeczkami, albo też można domięszać ją do kakao i w stanie płynnym, ciepłą (jak to robiłem u jednej chorej) podać do picia. Smak jej jest wcale znośny; wstrętu u chorych nie spotkałem.

Wstrzykiwania można robić jakąkolwiek 50-cio lub 100-gramową wyjałowioną strzykawką.

Przyrząd używany pierwotnie przez Lancerauxa składał się z balonowatej flaszki, opatrzonej korkiem o 2 otworach: przez jeden otwór wchodzi sięgająca aż do dna naczynia szklana rurka, będąca zapomocą cewnika w połączeniu z igłą, przez drugi wchodzi nieco tylko inna rurka, połączona z gumowym balonem. Grunow[1]) w swojej najnowszej pracy opisuje przez siebie sporządzony przyrząd, któremu przyznaje wielkie zalety aseptyki. Przyrząd ten składa się z flaszki napełnionej wyjałowioną żelatyną; w związku z flaszką jest sączek bakteryologiczny.

[1]) Berliner klin Wochenschrift, Nr. 32. 1901.

W naszej klinice używaliśmy wyłącznie 100-gramowej szklanej strzykawki opatrzonej asbestowym tłokiem i igłą długą na 10 ctm., grubą na 2 mm, zupełnie podobną, jakiej używamy przy hipodermoklizie. Zapatrywania Grunowa, jakoby strzykawka ustępowała co do zalet dokładnego odkażenia innym metodom injekcyjnym, nie uważam za uzasadnione ze względu na ogólnie obecnie używany ten sposób przy wstrzykiwaniach surowicy, jakoteż i na podstawie własnego doświadczenia. Miejsca wstrzyknięcia są rozmaite; zasadniczo wybiera się takie, które nie jest narażone na następowy ucisk i gdzie obfity pokład wiotkiej tkanki dozwala wprowadzić większą ilość płynu, jak np. powłoki brzuszne, okolice lędźwiowe, łydki.

Rozumie się, że i samo to miejsce i ręce lekarza muszą być przedtem gruntownie oczyszczone.

Płyn wprowadza się pod małym naciskiem bez następnego mięsienia; miejsce wstrzyknięcia pozostaje zwykle bez odczynu. Wyjątek stanowią pewne stany chorobowe, jak zapalenie nerek lub skłonność do krwawiączki, choć i tu odczyn bywa bardzo nieznaczny. Inaczej się jednak ma rzecz z oddziaływaniem ogólnem. — Tak w wielu już opisanych przypadkach, o których pokrótce wspomnę, jako też i w tych, które sam spostrzegałem, objawy ogólnego oddziaływania są dość żywe. Już w 2—3 godziny po wstrzyknięciu widzimy podnoszenie się ciepłoty wśród dreszczów lub bez nich, dochodzi ona do 40°, a po 24 godzinach zwykle stopniowo spada. Gorączkę tę musimy uważać za taką, którą spostrzegamy przy wchłanianiu przez ustrój rozmaitych ciał; a że po powtórnem wstrzyknięciu bywa zwykle mniejszą, pochodzi to ztąd, że organizm przyzwyczaił się już do obcej istoty. Bole występują prawie stale, nie zawsze jednak z tem samem nasileniem i nie rozpoczynają się w chwili wbicia igły, ale dopiero następowo, w chwili rozpoczynającego się wsysania; dojść one mogą do znacznego stopnia, jak to potwierdzają spostrzeżenia prawie wszystkich autorów, wbrew zapatrywaniom Lancereauxa.

Bóle te różnią się naturalnie od bólu towarzyszącego wbijaniu igły, który bywa tak małym, że rzadko się trafia, aby potrzeba było znieczulać miejsce wstrzyknięcia kokainą, lub stosować metodę Schleicha. Przeciw bólom późniejszym nadają się bardzo dobrze zimne okłady lub rozczyn Burowa — tak, że nie potrzeba używać żadnych narkotyków. Co się tyczy ilości i zgęszczenia rozczynu żelatyny, to nie można tu podać stałych prawideł. Rzadko dotychczas ilość naraz użytej żelatyny przekraczała 200 gr.; wstrzykiwałem najczęściej 100 gr., w jednym przypadku kilka razy po 15—20 grm. na raz; 100—150 grm., najczęściej się używa; Bech wstrzykiwał 200, Futscher nawet 250 grm., Sorgo 100, podczas gdy Geraldini po 15—20 grm. dziennie z przerwą po każdym 5-tym dniu.

Tak samo różne są zdania co do zgęszczenia rozczynu. Najwięcej autorów używało 1—2% rozczynu z obawy, aby nie wywołać zbyt szybkiego krzepnięcia, podczas gdy Lancereaux i Frenkel używali 5% rozczynu, a Sorgo w największej ilości przypadków 4%. Liczba wstrzyknięć jest także rozmaitą stosownie do wskazania; największą tam, gdzie idzie, jak np. przy tętniakach, o wywołanie miejscowego skrzepu. Ten brak szczegółowych zasad już nawet co do samej techniki ma swoją przyczynę w tem, że znajdujemy się właśnie w okresie nieukończonych jeszcze doświadczeń, do których i ja moje niewielkie spostrzeżenia dorzucam. Naukowe, wznoszące się nad poziom przypuszczeń uzasadnienie zyskał ten zabieg leczniczy przez doświadczenia Gebelego[2]) na zwierzętach. Opiera się on na doświadczeniach A. Czernego nad gęstnieniem krwi pod wpływem utraty wody i substancyi kleinowatych. Czerny przyszedł do przekonania, że we krwi zwierząt, którym wstrzyknięto istoty kleinowate, rażąco wpada w oczy trudność powstawania skrzepu i to nawet wybitniej, niż przy krzepnięciu krwi po utracie wody. Według jego zapatry-

[2]) München. med. Wochenschr. Nr. 24. 1901.

wań liczba ciałek czerwonych krwi w jednostce objętości zmniejsza się znacznie po wstrzyknięciu istot kleinowatych, a znowu szybko wzrasta po wydzieleniu wstrzykniętego płynu. Do wstrzykiwań używano żelatyny, rozczynu gumy i białka kurzego.

Z tego założenia wychodząc, uzasadnił Gebele w całym szeregu doświadczeń działanie żelatyny na krwawiące zwierzęta i przyszedł do przekonania, że żelatyna, używana w tym samym stosunku co u ludzi, to znaczy 0·6 grm., na 100 grm. zwierzęcia, tamuje krwotoki z drobnych żył, a szybszy skutek okazuje się tylko z podnoszeniem dawki przy wzrastającem krwawieniu. Przy tamowaniu krwotoków z większych żył występowało po wstrzyknięciach żelatyny i po pewnych utratach krwi zatrzymanie, chociaż nie w tym stopniu, co przy krwotoku z żył mniejszych.

Co się tyczy krwi tętniczej, to różnica w ilości staje się widoczną dopiero wtedy, kiedy zwierzę więcej jak $^1/_4$ krwi utraciło. W końcu wypowiada Gebele następujące zdanie: „W miarę zmniejszania się ilości krwi zwierzęcia zdolność krzepnięcia krwi sama przez się wzrasta. Podług wyników badań Spirego i Ellingera, zawisłą jest szybkość krzepnięcia krwi od obecności istot przyspieszających lub wstrzymujących krzepnięcie. Jedną z istot przyspieszających krzepnięcie jest żelatyna, która jednakowoż do działania potrzebuje jeszcze drugiego czynnika, a tym jest utrata krwi“.

Bez silniejszej utraty krwi żelatyna niedostatecznie działa; według Gebelego utrata ta powinna dojść do 5 lub 4 części całej ilości krwi. I tu mamy wyjaśnienie, dlaczego sprawozdania rozmaitych autorów, a nawet same przypadki tychże, przedstawiają taką rozmaitość co do działania żelatyny; M. Wagner[3]) twierdzi, że przy stosowaniu żelatyny w krwotokach płucnych u ludzi z posuniętemi zmianami gruźliczemi, gdy nic nie mogło pomódz, bez wyjątku zaraz po pierwszem wstrzyknięciu następowało zwolnienie krwotoku, a po 4-tem zupełnie ustanie bez nawrotu. Wśród przypadków Wagnera spotykamy protokół sekcyjny, opisujący jamę, zajmującą prawie cały płat górny płuca, a wypełnioną zupełnie silnym skrzepem. Mniej dodatnim był w jego przypadkach skutek przy krwotokach kiszkowych w przebiegu duru, wybitniejszym przy krwawych wymiotach. Charakterystycznem jest, jak podaje, że wszyscy chorzy zgłaszali się do leczenia „już zupełnie skrwawieni“. A. Sorgo[4]) opisuje 2 przypadki krwotoku nosowego, gdzie po tamponadzie i po przepłókaniu żelatyną nie można było osiągnąć żadnego skutku. Szybki skutek okazał się u chorego z następowem krwawieniem po wyjęciu prawej środkowej muszli nosowej.

U 15-letniego chorego z guzem nerki i moczeniem krwawem już po 2 wstrzyknięciach nie mógł Sorgo wykazać krwi pod drobnowidem i podaje, że tu skutek wydaje się być dodatni. W ostatnich czasach ogłosił Grunow[5]) wyniki swoich badań w klinice Quinkego.

Obejmują one liczne przypadki od roku 1899, kiedy zaczęto tam używać żelatyny w krwotokach wewnętrznych. Autor zaleca wstrzykiwać żelatynę we wszystkich ciężkich krwotokach wewnętrznych, przyczem kładzie nacisk na przedłużone wstrzykiwanie żelatyny jeszcze długo po okresie krwawienia. (C. d. n.).

IV. Oceny i sprawozdania.

Polskie Archiwum nauk biologicznych i lekarskich. Zeszyt I. Lwów, 1901.

I. Prof. Dr. J. Prus: **O umiejscowieniu ośrodków ruchowych w korze móżdżku.** Polskie Archiwum nauk biolog. i lekarsk. T. I. Z. 1, Lwów, 1901. Badania doświadczalne nad istotą padaczki korowej zachęciły autora do doświadczeń w celu wykazania, czy przez podrażnienie elektryczne kory móżdżku można wywołać napad padaczkowy. W toku doświadczeń tych pokazało się, że przez podrażnienie różnych miejsc kory móżdżku napady takie wywołać można, a także, że drażnienie tychsamych miejsc kory wśród tychsamych warunków wywoływało raz kurcze tężcowe, to znów kurcze drgawkowe w pewnych grupach mięśni po stronie drażnienia. Szukanie przyczyny tej różnej reakcyi wykazało, że w pobudzeniu kory móżdżku najważniejszą rolę odgrywa kierunek prądu, zależny od ustawienia elektrod.

Przy drażnieniu piramidy robaka występują ruchy tężcowe pewnych grup mięśniowych głowy, karku, grzbietu i mięśni łapy przedniej, jeżeli oba bieguny ułożono poprzecznie do osi ciała i w ten sposób, że biegun dodatni leżał w linii środkowej ciała, a ujemny 2—5 mm. z boku po stronie prawej, względnie lewej. Przy zmianie biegunów w temsamem zresztą położeniu efektu drażnienia nie było. Nie można przypuścić, aby zależało to od biegunów, by tylko biegun ujemny był biegunem drażniącym; dalsze doświadczenia wykazały, że wynik drażnienia jest zależny od kierunku prądu, że podrażnienie występuje tylko wtedy, kiedy prąd ma kierunek od linii środkowej ciała w bok, czyli że biegnie wzdłuż pierścieni robaka. Przy tem ustawieniu elektrod podrażnienie wywołuje skurcze tężcowe w grupach mięśni po stronie drażnienia.

Odmienne wyniki wywoływało drażnienie piramidy robaka prądem zstępującym. Gdy elektrody ustawione były albo w osi ciała, biegun dodatni wyżej niż ujemny, albo też w ten sam sposób, ale z boku, występowały skurcze drgawkowe obustronne albo jednostronne po stronie drażnienia. Kierunek wstępujący prądu żadnych kurczów nie wywoływał. Drgawkowe te skurcze występowały w tychsamych grupach mięśni, co tężcowe przy podrażnieniu wzdłuż pierścieni robaka. Drażnienie innych odcinków robaka wywołuje podobne wyniki w innych grupach mięśniowych i to stale skurcze tężcowe przy użyciu prądu zstępującego wzdłuż pierścieni, drgawkowe — w poprzek pierścieni. Podobnie oddziaływują na drażnienie inne miejsca półkul móżdżku. Na podstawie tych doświadczeń przyjąć musimy, że w korze móżdżku istnieją ośrodki ruchowe, których działanie jest nieco odmienne od działania ośrodków w korze mózgu. Są one w przeciwieństwie do ostatnich ośrodkami mięśni z tejsamej strony ciała, podrażnienie ich wywołuje zawsze skurcz większej grupy mięśni i kierunek prądu drażniącego odgrywa bardzo ważną rolę w podrażnieniu móżdżku. To ostatnie spostrzeżenie wymaga wyjaśnienia; zdaniem autora jest ono w związku ze swoistą anatomiczną budową kory móżdżku, że szukać go należy w szczególnej właściwości komórek Purkinjego, które oddziaływują na prądy płynące w pewnym kierunku. Do ugrupowania anatomicznego komórek odnieść należy także zmienny wynik drażnienia prądami zstępującymi wzdłuż, względnie w poprzek listków móżdżka.

Doc. Dr. Maziarski.

II. Prof. Dr. Henryk Kadyi: **O zastosowaniu aldehydu mrówkowego w zakładzie anatomii opisowej Uniwersytetu lwowskiego.** Pol. Archiwum. T. I. Z. 1, Lwów, 1901. Powstrzymanie rozkładu zwłok i umożliwienie w ten sposób dłużej trwającego preparowania było przedmiotem już dawniejszych usiłowań. Laskowski użył gliceryny karbolowej, Hoyer (sen.) polecał rozczyn wodnika chloralu, któremi to substancyami nastrzykiwano zwłoki. W r. 1893 rozpoczął autor stosować aldehyd mrówkowy (formol), który okazał się bardzo dobrym środkiem przeciwgnilnym tak, że dziś używa autor w zakładzie anatomicznym Uniwersytetu lwowskiego wyłącznie tego środka z najlepszem powodzeniem.

Zwłoki służące do preparowania nastrzykuje się zapomocą zwykłego przyrządu Hegara rozczynem 2,5% aldehydu mrówkowego w ilości 2—3 litrów przez tętnicę szyjną, względnie aortę. Zwłoki w ten sposób nastrzykane trzymają się bardzo długo i okazują wejrzenie i własność narządów takie, jak w zwłokach świeżych. Obok bowiem działania przeciwgnilnego formol działa także stwardniająco na tkanki i narządy, co powoduje, że zachowują one swoje kształty i stosunek wzajemny, jaki istniał w chwili nastrzykania zwłok.

Zwłoki względnie ich części, nastrzykane formaliną ulegają bardzo łatwo po dłuższem leżeniu na powietrzu zasychaniu, co utrudnia dalsze preparowanie; ażeby tego uniknąć, poleca autor wkładać zwłoki, względnie ich części na kilkanaście godzin (przez noc) do 1—2‰ rozczynu formolu; w tym rozczynie można je także przechowywać bardzo długo (przeszło rok), wyglądają one zupełnie, jak w kilka dni po śmierci.

Korzyści, jakie autor osiągnął przez rozległe zastosowanie aldehydu mrówkowego, są bardzo znaczne: usunięcie wszelkiego gnicia i woni cuchnącej w zakładzie anatomicznym, zupełna aseptyka, co chroni przed zakażeniem wskutek skaleczenia się przy preparowaniu, znaczne ułatwienie w preparowaniu, co zachęca słuchaczy do

[3]) Mittheilungen aus den Grenzgeb. B. VI. H. 4. 1900.
[4]) Zeitschrift f. klinische Medicin 1900.
[5]) Berlin. klin. Wochenschrift Nr. 32, 1901.

pracy w prosektoryum, możliwość długiego bardzo utrzymania zwłok w stanie niezepsutym, co znowu jest ważnem ze względu na możliwy brak zwłok. Metoda ta ułatwia znacznie sporządzanie preparatów muzealnych, gdyż po ustaleniu w formolu można je albo wysuszyć, albo też przechowywać w wodnistych płynach przez czas nieograniczony. Obok tego znaczna część w ten sposób ustalonych narządów nadaje się dobrze do sporządzania preparatów mikroskopowych.

Istnieją co prawda pewne niedogodności przy użyciu aldehydu mrówkowego, lecz są one niezbyt wielkie i po części dają się usunąć. Już roztwory od 0.5% działają drażniąco na naskórek rąk, który obumiera, łuszczy się, a nawet pęka; para formolu z preparatów stwardniałych w silniejszych roztworach działa drażniąco na błonę śluzową nosa i spojówek, — to jednak można usunąć przez poprzednie wymycie w wodzie.

Zwłoki nastrzykane przedtem nie nadają się do macerowania kości, również trudno w nich nastrzykać naczynia, zwłaszcza żylne i limfatyczne, wskutek skurczenia się silniejszego ich ścian. Wreszcie pod wpływem formolu występują zmiany w zabarwieniu tkanek, a po dłuższym czasie (po latach) występuje odwapnienie kości, choćby preparaty leżały nawet w bardzo słabych, bo 0,1‰ roztworach.

Obok tego znaczenia nastrzykiwania aldehydem mrówkowym dla celów preparacyjnych ma formol także doniosłe znaczenie dla sporządzania preparatów muzealnych, do czego dotąd używano przeważnie alkoholu. Preparaty ustalone formolem trzymają się bardzo dobrze przez czas długi w wodzie przekroplonej w naczyniach szczelnie zamkniętych. Czasem tworzy się na powierzchni nalot z drobnoustrojów, które dostały się tutaj przez zanieczyszczenie przy wyjmowaniu preparatu, otwarciu naczynia i t. d. Wtedy jednak wystarcza odlać wodę, nalać na dno trochę formolu 40% i w parach jego przez 2—3 dni preparat wyjałowić, następnie zlać formol, wypełnić naczynie czystą wodą i szczelnie zatkać. Jest to aseptyczny sposób przechowywania preparatów anatomicznych, sposób bardzo prosty, a nadewszystko tani. *Docent Dr. Maziarski.*

III. Dr. Alfred Burzyński. **O konserwacyi narządów w naturalnych barwach.** Polskie Archiwum nauk biol. i lekarsk. T. I, Z. 1. Lwów, 1901. W ostatnich latach objawiło się usiłowanie przechowywać preparaty anatomiczne w naturalnych barwach, nietylko ze względów estetycznych, ale co ważniejsze, ze względu łatwiejszego uwydatnienia ich budowy i osiągnięcia przez to większych korzyści dydaktycznych. Ostatnie prace w tym kierunku Melnikow-Razwedenkowa, Joresa i Kaiserlinga podają metody nie zupełnie odpowiadające celowi, dlatego autor na podstawie dłuższych badań, przedstawia metodę, która daje lepsze wyniki. Aby uzyskać konserwacyę narządów w naturalnych barwach, koniecznem jest wszystkie składniki tkanin, a zwłaszcza barwne, ustalić w ten sposób, aby przeprowadzić je w stan nierozpuszczalny, a następnie, aby ustalenie to nie wpływało ujemnie na t. zw. regeneracyę następową barwika zapomocą alkoholu.

Używany dotychczas aldehyd mrówkowy do ustalania nie odpowiadał zadaniu, gdyż nie ustalał i nie przeprowadzał w stan zupełnie nierozpuszczalny ciał białkowatych i składników barwnych tak, że preparaty takie, przechowywane następnie w płynach, wskutek wyługowania traciły barwę. Dłuższe działanie formolu wpływa korzystniej na ustalenie narządów, ale z drugiej strony niszczy wskutek swego silnie odtleniającego działania właśnie tę zdolność regeneracyjną w alkoholu.

Na podstawie całego szeregu prób przyszedł autor do przekonania, że to działanie formolu można uzupełnić acetonem; ustalenie jest dokładniejsze, preparat może pozostać w tym płynie do 8 i 14 dni, nie tracąc zdolności następowej regeneracyi barw. Dodatnio na tę regeneracyę wpływają także niektóre sole, mianowicie azotan sodowy, chlorek sodowy i octan potasowy: odcienie barw są więcej zbliżone do naturalnych.

Ważnym warunkiem jest także nadanie tkaninom pewnego stopnia przejrzystości, przez co otrzymują preparaty wejrzenie, zbliżone do świeżych narządów. Do tego celu okazał się bardzo dobrym dodatek octanu potasowego do alkoholu, w którym odbywa się regeneracya barw i następnie przechowanie preparatów w mięszaninie gliceryny z wodą. Na podstawie rozległych doświadczeń poleca autor następujące postępowanie:

Mięszanina ustalająca składa się z 4% formaldehydu, 5% acetonu, 5% octanu potasowego i 3% chlorku sodowego. Zależnie od wielkości kawałków pozostawać muszą one w płynie od 4—5—8 i więcej dni; jeżeli przedmiot większy, lepiej go poprzednio nastrzykać, ażeby ustalenie otrzymać także w warstwach głębszych, dokąd płyn tylko powoli wnika.

Po ustaleniu preparaty opłókuje się w wodzie, ewentualnie wygładza powierzchnię, ścinając cienką warstewkę i wkłada do 90% alkoholu z dodatkiem 15% octanu potasowego na 4 do 5 dni, ażeby regeneracya była zupełną. Preparaty tak przygotowane przechowuje się następnie albo w wodzie z dodatkiem 25% gliceryny, albo w żelatynie glicerynowej między dwiema płytami szklanemi, albo po odwodnieniu w balsamie kanadyjskim.

Docent Dr. Maziarski.

IV. Dr. Lemberger: **O przyrządzie do badania gazów podczas oddechania u zwierząt.** Polskie archiwum nauk biol i lekarsk. V. I. 1901. Przyrząd opisany w niniejszej pracy zrobiony został przez autora na zasadzie Regnaulta i Reiseta z zastosowaniem odmiennego systemu wentylacyjnego. Przewietrzaczem, znajdującym się wewnątrz przyrządu do oddechania, jest wiatrak, obracany motorkiem elektrycznym, ustawionym na zewnątrz przyrządu. Wiatrak, który może być wprowadzony w dowolnie szybki ruch, obraca się u wejścia leja blaszanego, połączonego ze szklanym przyrządem, przeznaczonym do pochłaniania bezwodnika węgiowego, wydechanego przez zwierzę. Wskutek ruchu wiatraka wyciąga on powietrze z przestrzeni do oddechania i przeprowadza go przez przyrząd szklany; powietrze uwolnione w przyrządzie szklanym od CO_2 zostaje wyrzucone u wylotu leja blaszanego napowrót do przyrządu. Siła, czyli zdolność przewietrzania wiatraka, jest bardzo znaczna i da się dowolnie zmniejszać; oznaczenia empiryczne autora wykazały, że wiatrak aspiruje przy największym ruchu 24·3 m³ powietrza na godzinę, a ponieważ przyrząd autora przeznaczony dla zwierząt ma pojemność 1·2 m³, przeto powietrze można odświeżać 20 razy na godzinę. Oznaczenia zdolności wentylacyjnej wiatraka wykazały zatem, że w ten sposób można przewietrzać łatwo i przestrzeń znacznie nawet większą, bo 8—24 m³ posiadającą, z czego znów wynika, że system wentylacyjny wystarczyłby do przyrządu o większych rozmiarach z przeznaczeniem na doświadczenia wymiany gazów z ludźmi. Wstępne doświadczenia, jakie autor wykonał w tym przyrządzie, wykazały, że przyrząd jest dostatecznie szczelny, że aspiracya wystarczająca, że kwas węglowy bywa dokładnie pochłaniany, a w końcu, że zwierzę znosi nawet długogodzinne doświadczenia bez szwanku dla zdrowia. Zwierzę umieszczone jest w klatce zbudowanej w ten sposób, iż pozwala ona na oddzielne chwytanie kału i moczu. Z tego też powodu przyrząd ten posłużyć może z dobrym skutkiem nietylko do doświadczeń nad samą wymianą gazów podczas oddechania, ale również do doświadczeń skombinowanych z badaniem nad wymianą azotu. W końcu należy zwrócić uwagę na jedną jeszcze zaletę przyrządu i to bardzo ważną, mianowicie — że jest przyrządem tanim. *Dr. Ig. L.*

V. Dr. Napoleon Gąsiorowski. **Wpływ działania kokainy, przecięcia nerwu i mechanicznego podrażnienia na budowę ciałek dotykowych Grandryego.** Polskie Arch. T. I, Z. 1. Ciałka dotykowe Grandryego w skórze dzióba kaczki składają się z tarczy nerwowej kształtu owalnej płytki, której obie powierzchnie pokrywają dwie duże komórki; całe ciałko obejmuje torebka łącznotkankowa. Czy komórki te dotykowe są tylko pokrywowemi, czy też istnieje jaki związek czynnościowy między niemi a tarczą nerwową, na to mogą nam dać odpowiedź tylko badania doświadczalne i porównywanie obrazów komórek pod wpływem czynników, wywołujących wzmożenie lub zniesienie czynności zmysłu dotyku. Tą kwestyą zajął się w swej pracy autor, a wybierając do badań ciałka dotykowe Grandryego, charakteryzujące się dużemi komórkami dotykowemi, mógł łatwiej prześledzić wszelkie występujące w nich zmiany. Badał zaś je po przecięciu nerwu zaopatrującego ciałka, po zadziałaniu na nie roztworu kokainy, wreszcie po mechanicznem drażnieniu.

Po wycięciu kawałeczka nerwu z drugiej gałązki nerwu trójdzielnego występują rzadziej po upływie dwóch dni, o wiele częściej po czterech dniach zmiany przedewszystkiem w tarczy nerwowej, objawiające się ziarnistym jej rozpadem: komórki dotykowe wyraźnych zmian nie okazują. Później tarcza nerwowa kurczy się, zbija się w bryłę gruboziarnistą, przylegającą zwykle do jednej z komórek. W komórkach występują również pewne objawy zwyrodnienia, oczka siatki protoplasmatycznej stają się większe, beleczki znacznie grubsze, komórka zmniejsza znacznie swoje wymiary. Po sześciu dniach tarcza nerwowa znika, w jej miejscu powstaje przestrzeń wolna: komórki dotykowe jeszcze bardziej się zmieniają, znacznie się kurczą, odstają od torebki, wśród ich protoplazmy powstają grube ziarna, jądro okazuje chromatolizę. Widać więc tutaj pewną zależność między zmianami w tarczy nerwowej, a w komórkach dotykowych.

Kokaina w roztworze izoosmotycznym 10 i 20%, wprowadzona drogą wstrzykiwania śródmiąższowego albo przez pędzlowanie względnie nakraplanie, wywołuje wyraźne znieczulenie skóry dzióba, a badanie mikroskopowe wykazuje kurczenie się i zbijanie

cytoplazmy w grube ziarna silniej się barwiące, w końcu zaś zniekształtnienie całej komórki. Im silniejsze było zgęszczenie roztworu kokainy, tem zmiany wybitniejsze. Zmiany te według autora nie są wynikiem jakiegoś mechanicznego urazu; o tem świadczy zupełnie prawidłowe zachowanie się ciałek po stronie przeciwnej dzióba, gdzie zadziałano w ten sam sposób, ale tylko roztworem fizyologicznym soli kuchennej. W tarczy nerwowej żadnych zmian autor nie zauważył. Po powrocie do stanu prawidłowego, gdy czucie wróciło, budowa komórek staje się zupełnie prawidłową.

Na podstawie tych zmian w komórkach dotykowych pod wpływem kokainy przypuszcza autor, że zmiany te są wyrazem zniesienia funkcyi komórek dotykowych, polegającej na odbieraniu i przenoszeniu wrażeń z świata zewnętrznego na tarczę nerwową.

Drażnienie mechaniczne skóry dzióba nie dało wyników dodatnich, w ciałkach nie mógł autor zauważyć żadnych zmian w budowie.

Z doświadczeń autora wynika tedy, że pomiędzy tarczą nerwową a komórką dotykową zachodzi ścisły związek czynnościowy.

Docent Dr. Maziarski.

J. Fajersztajn. **O barwieniu włókien osiowych laką hematoksyliny z chromem.** Z metod, jakie dotychczas dawała nam technika histologiczna na zabarwienie włókna osiowego, nie było właściwie żadnej, któraby w zadowalniający sposób zadaniu swemu odpowiadała. Metoda barwienia karminem w różnych modyfikacyach przedstawiała trudności, gdyż wymagała materyałów ustalanych chromem, a nietkniętych alkoholem. Z dwóch innych metod, do jakich z konieczności udawaliśmy się w celu zabarwienia włókien osiowych, metodę Golgiego można było stosować jedynie do materyałów zupełnie świeżych, i to barwiła w takim wypadku tylko włókna bezmyelinowe. Metoda druga, t. j. barwienia błękitem metylenu, w ośrodkach barwiła włókna jedynie przy wstrzyknięciu barwika do żyły lub podskórnie, mogła więc znaleźć zastosowanie tylko na materyale zwierzęcym. Do ludzkich materyałów nadawała się więc jedynie metoda Golgiego i to tylko do badania nad bardzo świeżym materyałem embryonalnym. Metoda Weigerta i jej modyfikacye, barwiąc osłonkę myelinową, dozwalała nam wprawdzie śledzić przebieg włókna nerwowego, ale tylko o tyle, o ile objęte były osłonką myelinową. Znacznej części braków, które wspomniane metody wykazują, zapobiega nowa metoda Fajersztajna. Stosować ją możemy do materyałów ludzkich i to czerpanych tak z zarodków, jak i z ustrojów dojrzałych, cechuje ją zaś wielka prostota. Skrawki, ustalone przez dłuższy czas w 5—10% rozczynie formaldehydu, (4—8 razy rozcieńczona formalina kupna), mrozi się i kraje na mikrotomie na skrawki, które sumiennie wodą obmyć należy. Z wody przenosi się je do 0·25—0·5% rozczynu kwasu chromowego na 5—24 godzin. Z kwasu chromowego ponownie obmyte (10 minut), barwi się w dalszym ciągu w zwykłej hematoksylinie Weigerta, tylko bez węglanu litowego) ½—24 godzin, poczem odbarwia według metody Pala i w zwykły sposób przeprowadza na szkiełko do balsamu. Metoda F. daje prawie zawsze doskonałe obrazy, nadaje się też do badań embryologicznych, anatomicznych i anatomopatologicznych. Prostota zaś robi ją jedyną, której można życzyć szerszego zastosowania.

Docent Dr. A. B.

V. Wyciągi.

Prof. Romberg. **O rozpoznawaniu gruźlicy z surowicy krwi.** (*Münchener med. Wochs.* Nr. 3, 1902). Autor robił próby z zawiesinami prątków gruźliczych, ponieważ to łatwiej otrzymać, niż jednolite hodowle prątków gruźliczych Arloinga i Courmonta. Aglutynacya występowała tak u ludzi, nie okazujących klinicznie śladu gruźlicy, jak znów zawodziła u chorych, przedstawiających typowy obraz gruźlicy płuc; wobec tego próba z surowicą niema żadnego znaczenia rozpoznawczego. Oddziaływanie to zależne jest od stopnia alkaliczności zawiesiny i jej zagęszczenia. Do tych samych wyników doszedł Koch, robiąc próby z zawiesiną prątków gruźliczych, otrzymaną w podobny sposób. W końcu swej pracy autor wypowiada zdanie, iż należy ocenić wartość rozpoznawczą tej próby na podstawie klinicznie i anatomicznie opracowanego materyału, jakoteż zbadać aglutynacyę w dziecięcym wieku, a wtedy będziemy mogli coś pewniejszego o niej powiedzieć.

Dr. Latkowski (Kr. kl. I.).

Dr. Kuhn. **O związku między moczówką prostą a cukrzycą.** (*Münchener med. Wochs.* Nr. 3, 1902). Do trzech przypadków moczówki prostej, w których po latach przyłączyła się cukrzyca, dodaje autor swój czwarty. Dotyczy on chorej z nawrotem raka sutka, u której w styczniu 1900 r. wystąpiła moczówka, zaś w maju na 8 dni przed śmiercią pojawił się cukier w moczu (1·8%). Sekcya zwłok wykazała: *carcinoma cicatricis mammae sin., glandularum lymphaticarum multiplex, glandulae suprarenalis.* W mózgu przerzutów nie było, trzustka zaś okazywała nieznaczny tylko zanik. W celu wytłómaczenia cukrzycy autor przyjmuje za przyczynę ucisk gruczołów nowotworowo zmienionych na splot trzewny i następowe zmiany degeneracyjne, objawiające się zaburzeniami w przemianie materyi. W każdym razie ciekawy przypadek ten ma i niejasne strony.

Dr. Latkowski (Kr. kl. I.).

Dr. Gebele. **O naczyniakach i ich związku z rakiem.** (*Münchener med. Wochs.* Nr. 4, 1902). Praca prof. Lesera, wykazująca związek między naczyniakami na skórze a rakiem, i przypisująca pojawianiu się naczyniaków przy raku znaczenie pomocnicze w rozpoznawaniu raka, skłoniła autora do zbadania 21 przypadków raka i 200 innych chorych. Na podstawie tego materyału autor przychodzi do przekonania, iż występowanie większej ilości naczyniaków jest objawem osłabienia tkanin, zjawiającego się w wieku starszym, z czem zgadza się spostrzeżenie, iż u blondynów, mających zwykle cerę białą, częściej występują naczyniaki i inne zmiany skóry bez względu na wiek chorych. W końcu przytacza autor przypadek sekcyjny wrzodu żołądka u chorego 58 lat liczącego, a mającego 37 naczyniaków skórnych; nie mają więc one znaczenia dyagnostycznego. (W klinice chorób wewnętrznych U. J. spostrzegałem przypadek, tyczący się chorego, liczącego lat 63, gdzie rozpoznanie się wahało między nowotworem a kamicą żółciową. Na skórze chorego było 35 naczyniaków, pomimo tego sekcya nowotworu nie wykazała. *Przyp. ref.*).

Dr. Latkowski (Kr. kl. I.).

Dr. Jessen. **O uszkodzeniach wywołanych silnym prądem elektrycznym.** (*Münchener med. Wochs.* Nr. 5, 1902). Przed 10 laty działanie prądów silnych znaliśmy tylko z uderzeń piorunem: działanie to objawiało się, oprócz bezpośrednich skutków oparzenia zaburzeniami czynnościowemi i organicznemi, jak n. p. utrata przytomności, pamięci, porażenia czynnościowe i organiczne, obniżenie pobudliwości na prąd przerywany, porażenia i zniec zulenia połowicze i t. p. Od czasu większego zastosowania silnych prądów do kolei elektrycznych i innych celów, jakoteż i do tracenia skazańców, doświadczenie nasze się zwiększyło. Śmierć przy prądzie silnym występuje zwykle przez porażenie ośrodka oddechowego, podczas gdy serce jakiś czas jeszcze kurczy się. Przy sekcyi znajdowano wynaczynienia w mózgu, w pochewce nerwu błędnego i tętnicy dogłowowej, zmiany w komórkach nerwowych, bańki gazu w tkance nerwowej we krwi i t. p. Klinicznie, obok utraty przytomności, bredzenia i kurczów mięśniowych, widziano ciężkie postępujące schorzenia mózgu pod postacią padaczki, porażeń i ślepoty zupełnej; w innych znów przypadkach występowały zmiany czynnościowej natury pod postacią histeryi i nerwic urazowych. Autor opisuje przypadek schorzenia układu nerwowego, którego nie można było uważać za czystą nerwicę, a które zupełnie ustąpiło po kilku miesiącach. Dlatego też te zaburzenia mogą polegać na molekularnych zmianach w mózgu, które przeminąć mogą. Przy rażeniach silnym prądem poleca się sztuczne oddechanie; d'Arsonval bowiem w ten sposób uratował chorego po kilkugodzinnej bezprzytomności.

Dr. Latkowski (Kr. kl. I.).

Dr. Thieme. **O leczeniu krwotoków płucnych zapomocą wstrzykiwań podskórnych żelatyny.** (*Münchener med. Wochenschrift* Nr. 5, 1902). Autor wstrzykiwał 2% roztwór żelatyny z dodatkiem sody w ilości 100 ctm.³ w 12-tu przypadkach krwotoków płucnych. Po wstrzyknięciu następowało zawsze (z wyjątkiem jednego przypadku) wzniesienie się ciepłoty od 37·6° do 38·9° C., a nawet do 40·7° C., trwające od 8—14 dni. W ośmiu przypadkach krwotok zatrzymał się, w czterech wstrzykiwania zostały bez wyniku dodatniego, u dwóch jednak chorych z ośmiu pomyślnych przypadków wystąpiła w miejscu wstrzyknięcia żelatyny zgorzel, którą autor tłómaczy tem, iż w tych przypadkach nie dodał sody do żelatyny, jak też, że miejsca wstrzyknięcia nie wymasował i nie zalecił okładów z roztworu octanu glinowego.

Dr. Latkowski (Kr. kl. I.).

Dr. Frucht. **O cukrze odżywczym Soxhleta.** (*Münch. med. Wochenschrift* Nr. 2, 1902). Cukier odżywczy Soxhleta ma zastąpić tłuszcz przy odżywianiu mlekiem rozcieńczonem wodą: wyrabia się go z mąki pszennej, słodu i dyastazy słodowej, zatem zawiera on dekstrynę i maltozę i to w stosunku jak 1: 1; obok tego zawiera ten przetwór sól kuchenną. Autor przeprowadził kilka prób odżywczych z tym przetworem, stosując go dzieciom w wieku od czterech tygodni do czterech miesięcy, już to zdrowym, już to dotkniętym zboczeniami w przewodzie pokarmowym i przekonał się, że przetwór ten odpowiada zupełnie swojemu celowi. Dzieci spożywają go chętnie; spożyty zaś, nietylko że nie sprowadza dolegli-

wości ze strony przewodu pokarmowego, ale owszem przyczynia się do ustąpienia istniejących schorzeń; dzieci, karmione tym przetworem, przybierają na ciężarze. Cukier odżywczy Soxhleta jest proszkiem białym, higroskopijnym, który się bardzo łatwo w wodzie rozpuszcza, tworząc roztwór troszkę opalizujący, barwy żółtawej, woni przypominającej słód i takiegoż smaku. Podaje się go w ilości 50 do 70 grm. dziennie, najlepiej z mlekiem odpowiednio rozcieńczonem wodą. *Dr. Ig. L.*

Ernest Barié. **O wysięku i przesięku opłucnowym w chorobach narządu krążenia.** (*Semaine médicale* 1902, Nr. 4). Jeżeli w przebiegu choroby narządu krążenia, a zwłaszcza samego serca, rozpoznamy obecność płynu wolnego w jamie opłucnowej, nasuwa się pytanie, czy mamy do czynienia z prostym przesiękiem, czy też z rzeczywistem zapaleniem opłucnej. Dwie te sprawy, dziś przez naukę ściśle odgraniczone, były dawniej niejednokrotnie mięszane nawet przez najtęższych klinicystów, a niejasność panujących w tym kierunku pojęć znalazła wyraz w poglądzie niedawno jeszcze wygłoszonym, że „choroby serca, wywołując zaburzenia w krążeniu, powodują często rodzaj atypowego zapalenia opłucnej, pokrewnego zwykłemu przesiękowi“. A jednak różnice są bardzo wyraźne. Prosty przesięk opłucnowy (hydrothorax) jest procesem nawskroś biernym, równorzędnym z obrzękami podskórnymi; występuje zawsze symetrycznie po obu stronach (jakkolwiek niekiedy ilość płynu w obu jamach może być nierówna, np. wskutek trwałego położenia chorego na jednym boku): występuje dalej jako zjawisko końcowe równocześnie z obrzękami kończyn i ogólnym przesiękiem surowiczym do tkanek i jam: o ile wreszcie ze względu na skąpą zwykle ilość płynu i na ogólny rozpaczliwy stan chorego niema wielkiego znaczenia jako powikłanie, o tyle jest bardzo poważną wskazówką, że zaburzenia w krążeniu posunęły się już bardzo daleko i nie dadzą się wyrównać. Przeciwnie, zapalenie opłucnej w przebiegu chorób serca występuje po jednej stronie (częściej po prawej), jest wogóle zjawiskiem od zwykłego przesięku częstszem i pojawiać się może w czasie, kiedy zaburzenia w krążeniu są jeszcze bardzo nieznaczne. Przy zwykłym przesięku opłucna jest gładka, blada i jakby wypłókana; przy wysięku zapalnym opłucna jest ciemno-brunatna, pokryta nalotami włóknika. W przypadkach, w których powyższe różnice nie wystarczają do uczynienia rozpoznania, uciekamy się do badania chemicznego i cytologicznego.

Jak powiedzieliśmy, zapalenie opłucnej z wysiękiem nie jest rzadkością; autor rozpoznał je w 10% badanych przez siebie przypadków chorób narządu krążenia. O wiele jeszcze częstsze jest zapalenie t. zw. suche; mało można napotkać zwłok osób zmarłych z powodu chorób narządu krążenia, gdziebyśmy nie znaleźli mniej lub więcej rozległych zrostów opłucnowych. Ilość wysięku zwykle niewielka, płyn najczęściej surowiczy, trudno krzepnący; niekiedy zawiera wysięk domieszkę krwi, lub nawet może być zupełnie krwawy. Wysięk ropny należy do rzadkości i zdarza się prawie wyłącznie w przebiegu złośliwego owrzodzenia zapalnego wsierdzia. Niekiedy płyn zapalny może być ograniczony przez zrosty: rozpoznanie staje się wtedy bardzo trudne. Częstość powikłania z zapaleniem opłucnej nie jest jednakowa w przebiegu rozmaitych chorób narządu krążenia; np. zapalenie równoczesne wsierdzia i osierdzia daje częściej do niego powód, niż samo zapalenie wsierdzia; wady w zastawce dwudzielnej częściej, niż wady w zastawkach półksiężycowych aorty. Bucquoy przypisuje w tym kierunku duże znaczenie miażdżycy, jako dającej często powód do zawałów krwotocznych płuc, jak również twierdzi wbrew panującym mniemaniom, że zawał ten częściej znachodzi się w zmianach zastawki aorty, niż zastawki dwudzielnej. Bardzo naturalne powikłanie zapalenia osierdzia i opłucnej jest nader częste: Durosiez nadał mu osobną nazwę „zapalenia opłucnowo-osierdziowego“.

Co się tyczy objawów klinicznych zapalenia opłucnej w przebiegu chorób serca, to początek jego jest zwykle powolny i nieznaczny: kłócia w boku zwykle albo niema, albo bardzo słabe. Natomiast ważnym objawem jest szybkie i znaczne zwiększenie się duszności, chociażby wysięk nie był zbyt obfity. Badanie fizyczne nic znamiennego nie przedstawia.

Drogi, jakiemi przychodzi do zapalenia opłucnej, są rozmaite. W niektórych przypadkach przechodzi zapalenie osierdzia wprost na opłucną i zwykle wtedy sprawa zapalna rozwija się po lewej stronie. W pewnej ilości wysięków prawostronnych przypuszczają niektórzy autorowie taką drogę: przekrwienie bierne wątroby, następowe zapalenie okołowątrobne, przenoszące się przez przeponę na opłucną, a zatem rodzaj zapalenia otrzewnowo-opłucnowego. Przypuszczeniu temu brak istotnych podstaw. W przypadkach, gdzie mamy do czynienia z miażdżycą tętnic i ze zmianami w zastawkach aorty, można przypuścić, że przyczyną zapaleń opłucnej są okresowo występujące stany przekrwienia czynnego płuc, pociągające za sobą zadrażnienie błony surowiczej. Niewątpliwie jednak najczęstszą zmianą, dającą powód do wysięków opłucnowych, jest udar płucny (*apoplexie pulmonaire*). Przypuśćmy np. zwężenie ujścia przedsionkowo-komórkowego lewego. W komórce prawej powstaje zastój, następowe rozszerzenie i skrzepy, dające materyał do ciągłych zatorów i zawałów krwotocznych podopłucnowych, na które podrażniona opłucna oddziaływa wysiękiem.

Co się tyczy rozpoznania, nie będziemy znowu wyliczać charakterystycznych cech, podanych poprzednio. Jeszcze raz tylko należy zwrócić uwagę na znaczną duszność przy niewielkiej ilości płynu, jako na objaw znamienny dla powikłania z zapaleniem opłucnej, jak również przypomnieć, że o ile prosty przesięk opłucnowy zdarza się wyłącznie jako objaw końcowy, to natomiast wysięk zapalny możemy spotkać we wszystkich okresach choroby serca, począwszy od nieznacznych zaburzeń, aż do samego schyłku choroby. Badanie mikroskopowe wykazuje nam w przesięku wyłącznie złuszczone komórki śródbłonka, przy wysięku natomiast wszystkie twory charakterystyczne dla płynu zapalnego. Nie zawsze jednak zapalenie opłucnej, występujące u chorego, dotkniętego cierpieniem narządu krążenia, znajduje się od tego cierpienia w bezpośredniej zawisłości: może ono powstać niezależnie od choroby serca, n. p. wskutek ostrego napadu zapalenia stawów: może być wreszcie cierpieniem równorzędnem z chorobą serca, wywołanem jakąś wspólną przyczyną, czy to zakaźną, czy też toksyczną, która zadziałała równocześnie na oba narządy.

Pod względem rokowania zachodzi między przesiękiem opłucnowym a zapaleniem opłucnej duża różnica. Przesięk występuje zawsze w tym okresie, kiedy mięsień sercowy już najmniejszej nawet przeszkody nie jest w stanie przezwyciężyć, a zatem i ta ilość płynu, choć zwykle niewielka, utrudnia jeszcze i tak już wysoce upośledzone krążenie. Natomiast zapalenie opłucnej, o ile występuje jeszcze we wcześniejszym okresie, może w zupełności ustąpić pod wpływem środków czyszczących, moczopędnych i odciągających. W razie silnej duszności, która — autor jeszcze raz kładzie na to nacisk — nie stoi bynajmniej w stosunku prostym do ilości płynu wysięku, należy bez wahania przystąpić do wypuszczenia płynu. Niekiedy można tą drogą osiągnąć ustąpienie zapalenia opłucnej, a w każdym razie zapobiedz grożącemu niedowładowi mięśnia sercowego. *Dr. T. Żeleński.*

Józef Goldbaum. **O sztucznem żywieniu chorych.** (*Księga jubileuszowa T. Dunina*). Zależnie od przyczyn i warunków żywienie sztuczne może być stosowane w trojaki sposób: 1) zgłębnikiem, 2) zapomocą lawatyw odżywczych, i 3) zapomocą wstrzykiwań podskórnych. Zgłębnika używa się przy zupełnej drożności przełyku, lecz utrudnionym dostępie do niego. Najlepiej dają się użyć na ten cel jaja surowe, mleko, bulion, kaszki, proszki mięsne i t. d. Lawatyw używa się przy zamknięciu światła przełyku, przy krwotokach żołądkowych, uporczywych wymiotach. Tu pamiętać należy, że jelito grube trawi w bardzo małym stopniu, a głównie chłonie produkty trawienia w żołądku i jelicie cienkiem powstałe; dlatego też najlepiej podawać w lewatywach albumozy (80 grm. na 250—300 grm. płynu), cukier gronowy (roztwór 10—15% w ilości nie większej nad 300 grm.), krochmal w wodzie lub mleku (50 do 100 grm. na 300 grm.), tłuszcze wraz z posiekaną trzustką (Leube w ten sposób wprowadza do 50 grm. tłuszczu). Mleko posiada wartość nieznaczną, gdyż tylko węglowodany ulegają wessaniu; aby się mleko nie ścinało, należy dodać na litr 1,0—1,5 grm. dwuwęglanu sodowego. Najlepsza według Leubego mięszanina do lawatyw jest: 300 ctm. sz. mleka, 3 jaja, 40 grm. skrobi i 3 grm. soli kuchennej. Do wstrzykiwań podskórnych dadzą się użyć z korzyścią: syntonina i alkaliabuminaty; z węglowodanów glikogen, a z tłuszczów wyjałowiona oliwa (około 100 grm.), która nie powoduje bólów, nie tworzy zatorów i ulega wchłonieniu w ciągu 12—24 godzin. Najlepiej do celu prowadzić będzie kombinacya lawatyw z wstrzykiwaniami podskórnemi. *Z. Czaplicki.*

J. Markiewicz. **O przewlekłem unieruchomiającem zapaleniu kręgosłupa.** (*Księga jubileuszowa T. Dunina*). Autor daje przegląd piśmiennictwa, dotyczącego „spondylose rhizomélique“, następnie opisuje oba typy tej choroby: 1) typ Marie-Struempell polega na wstępującem symetrycznem unieruchomieniu kręgosłupa i pośrednio z nim złączonych wielkich stawów (skutkiem skostnienia więzów i stawów), przyczem rzeżączka, gościec i sprawy ropne w stawach odgrywają rolę czynników usposabiających: 2) typ drugi, znacznie rzadszy, opisany przez Bechterewa, polega na zstępującem, unieruchomieniu kręgosłupa i wygięciu go ku tyłowi, przyczem stawy nie są zajęte, natomiast zajęty jest układ nerwowy: korzenie tylne ulegają zwyrodnieniu i powodują niedowład i zanik mięśni grzbietu. Jako przyczyny podawane są: kiła, uraz i dziedziczność. Autor opisuje dwa przypadki pierwszego typu, leczone na oddziele

Dra Dunina mechanoterapią i kąpielami ciepłemi, oraz jodkiem potasu, — lecz bez powodzenia. *Z. Czaplicki.*

Chrobak. **O niepłodności.** (*Wiener klin. Wochs.* 1902, Nr. 51). Niepłodność zależy od bardzo wielu przyczyn. I tak: samo zachowanie się produkcyi jajek może stanowić przyczynę bezpłodności; np. jajko może się zatrzymać w szczelinie pękniętego pęcherzyka Graafa, albo też płyn pęcherzyka może być więcej gęsty i przez to utrudnić lub hamować poruszanie się jajka. Nie wyjaśnioną jest również sprawa, czy w ustroju nie mogą się wytworzyć pewne produkta chemiczne, które wpływają na popęd płciowy; jest bowiem wiadomo, że osoby blednicze, niedokrwawne, chore na zaburzenia jelitowe, używające jodu, rtęci i morfiny, nadto osoby po przebytych chorobach zakaźnych, jak odra, ospa, dur, są na pewien czas bezpłodne. Że w przypadkach tych pomaga leczenie, jest właśnie dowodem, przemawiającym za tą hipotezą.

Czy lubieżność płciowa jest koniecznie potrzebna do zastąpienia, jak to ma miejsce u zwierząt, nie jest dowiedzionem; są nawet znane przypadki zastąpienia u kobiet, pozbawionych popędu płciowego. Wielu bardzo kobietom, skarżącym się na niepłodność, chodzi nie o dzieci, ale o usunięcie oziębłości płciowej. Brak popędu płciowego świadczy zawsze o jakichś zmianach w częściach rodnych; przy prawidłowych narządach płciowych jest i prawidłowy popęd płciowy. Przyczyną niepłodności bywa także powstrzymywanie popędu płciowego przez stosunki domowe, wstyd i t. p. Częstą także przyczyną niepłodności jest wypływanie nasienia po spółkowaniu. W warunkach prawidłowych nasienie powinno zatrzymywać się w najszerszem miejscu pochwy i w niem ma się zanurzać część pochwowa. Są przypadki, w których nasienie wypływa w całości albo zaraz po wyjęciu członka, albo przy ruchu kobiety, n. p. po wstaniu; w innych przypadkach nasienie nie wypływa w całości, ale zostaje wyrzucone. Twierdzenie, że z tej znacznej ilości plemników zawsze zostanie w pochwie jeszcze tyle, że może nastąpić zapłodnienie, jest słuszne: pewniejsze jednak jest zawsze zapłodnienie, jeżeli nasienia jest obficie. Oddziaływanie kwaśne pochwy działa na plemniki zabójczo; im grubsza jest warstwa nasienia, tem pewniej w jej środku znajdą się plemniki, na które wydzielina kwaśna pochwy nie zadziała, i tem bliżej znajdować się będą ujścia szyjki, która posiada wydzielinę alkaliczną.

Najpewniejszem zapłodnienie będzie wtenczas, gdy nasienie dostaje się wprost do szyjki i dlatego w pewnej liczbie przypadków rozcięcie ujścia zewnętrznego daje dobre wyniki. Przyczyną wypływu nasienia jest albo upośledzone zamykanie się pochwy wskutek wiotkości ścian, albo upośledzona rozciągliwość pochwy wskutek małej elastyczności. W pierwszym przypadku dobre wyniki daje gimnastyka mięśni miednicy małej, zakładane krążki i operacye, zwężające wejście pochwowe; w drugim przypadku rozciąganie pochwy zapomocą kul Bozemana i tamponów.

W niedokształcie macicy i zaniku z upośledzonem miesiączkowaniem i brakiem popędu płciowego poleca Ch. elektryzowanie części rodnych, mięsienie, sondowanie macicy i wprowadzanie do szyi rozszerzadeł, poczem ginie brak popędu i niepłodności; zastosowane w tych przypadkach samo rozcięcie ujścia nie usuwa braku popędu. *P.*

Feinberg. **Atropina w ostrej niedrożności jelit.** (*Wracz* 1901, Nr. 51). W jednym przypadku niedrożności jelit spostrzegał F. dobre wyniki po zastosowaniu atropiny. Zawezwany do chorej, która od pięciu dni nie miała stolca i uskarżała się na silne bóle i wzdęcie brzucha, zastosował on 3 lewatywy, jedna po drugiej, z przerwą dwugodzinną, lecz bez skutku; również bezowocnymi okazały się kalomel, olejek rącznikowy i okłady na brzuch. Po upływie dwóch dni w stanie chorej zaszła poważna zmiana na gorsze: rysy twarzy zaostrzyły się, kończyny, nos, uszy, czoło stały się zimne; wystąpiła skłonność do wymiotowania; z jamy ustnej poczuto zapach kału; wzdęcie i bolesność brzucha wzmogły się, a gazy zupełnie nie odchodziły. Nazajutrz stan ten pogorszył się jeszcze więcej, wymioty przybrały zapach kałowy; tętno 120, nieprawidłowe; o godz. 8-mej wieczorem F. zastrzyknął podskórnie 0,02 atropiny; następnego rana stan chorej nie zmienił się: wobec tego znowu zastrzyknięto 0.002 atropiny, a wieczorem o godzinie 8-mej wieczorem wstrzyknięto drugą dawkę. Po każdem wstrzyknięciu stosowano lewatywę, lecz bezskutecznie. Dnia następnego o godzinie 5-tej zrana nastąpiło samo przez się obfite wypróżnienie; po trzech godzinach znowu był obfity stolec. Przez cały ten dzień było pięć wypróżnień. Ogólna poprawa i wyzdrowienie rychło nastąpiły. Objawów zatrucia nie było. *Witold Orłowski.*

Medem. **Atropina w ostrej niedrożności jelit.** (*Wracz* 1901, Nr. 51). Autor opisuje przypadek, w którym pomimo zastosowania lewatyw wysokich stolca nie było w ciągu czterech dni i w końcu wystąpiły wymioty o podejrzanym zapachu, a brzuch stał się wzdęty, bardzo bolesny, tętno zaś małe i częste. Autor zastrzyknął podskórnie 0,002 atropiny; po następnej lewatywie wysokiej wyszedł płyn zabarwiony z kawałeczkami kału i chory spędził noc dobrze; nazajutrz zrana znowu wstrzyknięto 0,02 atropiny; po lewatywie nastąpiły częste i obfite wypróżnienia, poczem chory wrócił do zdrowia. *Witold Orłowski.*

J. Zahradnický. **O pierwotnych resekcyach przy zgorzeli jelita w uwięzniętej przepuklinie.** (*Sborník klinický* Tom III, 1901, Nr. 2). Autor przytacza wszystkie dotąd znane przypadki i uzupełnia statystykę Krumma do liczby 362 pierwotnych resekcyj, z 144 przypadkami śmierci, a więc ze śmiertelnością 39·8%. Na 259 przypadków rzyci sztucznej było 147 śmiertelnych (57·8%), a na 109 resekcyj następowych było tylko 25, t. j. 23% śmiertelnych. Należy w tej statystyce zestawić dla dokładności i porównania przypadki resekcyi pierwotnej z przypadkami rzyci sztucznej (anus praeternaturalis) i resekcyą następową.

Z. wykonał 10 resekcyj pierwotnych, z tych 9 okrężnych i jedną ścienną; w czterech przypadkach założył rzyć sztuczną. Wszystkie przypadki resekcyi pierwotnej zakończyły się pomyślnie, a przypadki założonej rzyci sztucznej śmiertelnie. Resekcyę pierwotną należy zdaniem jego wykonywać w przypadkach korzystnych częściej, aniżeli to dotychczas ma miejsce. *Dr. M. Blassberg.*

Dr. J. Hevesi. **Chininum lygosinatum, nowy środek do opatrywania ran.** (*Ctrbl. f. Chir.* 1902, Nr. 1). Proszek ten trudno rozpuszczalny, podobnie jak jodoform, ale niecuchnący i nietrujący, utworzony został syntetycznie z derywatów kwasu salicylowego i chininy. Tej ostatniej zawiera 70·8%. Autor śledząc działanie tego środka w klinice chirurgicznej w Koloszwarze, przychodzi do przekonania, że jest to ciało o własnościach wybitnie antyseptycznych i hemostatycznych. Używać go można w formie zasypki, zawiesiny, gazy etc. *Herman.*

VI. Zapiski lecznicze i nowe leki.

Acetopyrinum. O środku tym donosi ponownie Frieser (*Med.-Chirurg. Centralbl.* Nr. 15, 1901), że podawany w dawkach 0·5—1·0 trzy do czterech razy dziennie u dorosłych, a w dawkach 0·2—0·4 u dzieci, okazał się dobrym jako lek przeciwgorączkowy, przeciwgośćcowy i uśmierzający bóle newralgiczne: jest doskonałym środkiem zastępczym związków salicylowych i antypiryny. Z dobrym również skutkiem podawał autor acetopirynę w gruźlicy, której towarzyszy gorączka, i mógł stwierdzić, iż związek ten nie wywołuje obfitych potów, jakie zwykły pojawiać się po podaniu salicylu. Acetopirynę wyrabia fabryka Hella w postaci delikatnego białego proszku, smaku przyjemnie kwaskowego: składa się z kwasu acetylosalicylowego i antypiryny.

Acopyrinum (acetylo-salicylan antypiryny). Jest to proszek biały, krystaliczny, rozpuszczalny łatwo w alkoholu i chloroformie; w wodzie gorącej, w 2% roztworze dwuwęglanu sodowego, trudno zaś w wodzie zimnej i eterze. Środek ten wyrabia Heyden (Radebeul); wskazany on jest w przebiegu ostrego gośćca stawowego w dawkach po 0·5—6 razy dziennie, w przypadkach cięższych w dawkach większych, do jednego grama.

Aspiryna. O działaniu aspiryny donosi Schlesier (*Münchener med. Wochenschrift* Nr. 23, 1901), który ją podawał w 48 przypadkach w dawce 1 grm. 3—4 grm. dziennie, przyczem tylko w dwóch przypadkach zauważył pojawienie się przypadów ubocznych, a natomiast u 15-tu, którzy nie znosili związków salicylowych, przypady uboczne nie pojawiły się. W 19-tu przypadkach ostrego gośćca stawowego okazała się aspiryna, z wyjątkiem jednego, skuteczną. W pięciu przypadkach przewlekłego gośćca stawowego okazała się, podobnie jak salicylan sodowy, nieskuteczną. Z bardzo dobrym skutkiem stosował autor aspirynę w bólach newralgicznych, szczególnie nerwu trójdzielnego, również w jednym przypadku rwy kulszowej. Podobnie wyrażają się o skutecznym działaniu aspiryny Tausig (*Klin. therap. Wochenschrift* Nr. 8, 1901), Toepfer (*New Yorker med. Monatschrift* Nr. 1, 1901), Rothe (*Med. chirurg. Centralbl.* Nr. 3. 1901), Nusch (*Münch. med. Wochenschrift* Nr. 2, 1901), Manasse (*Therapeutisches über Aspirin.* Würzburg, 1901). Aspirynę stosował również Ritter (*Zahnärztl. Rundschau* 1901), jako środek kojący ból przy zapaleniu okostnej i neuralgicznych bólach zębów. *Dr Ig. L.*

Calcium eosolicum. Jest to związek sulfonowy trójsiarkoacetylo-kreosotu i ma zawierać 25% kreosotu: proszek to szarobiały, woni ostrej, smaku kwaskowatego, rozpuszcza się w wodzie, wyskoku, kwasie solnym i w kwasach organicznych (kwas cytrynowy, winowy). Stern (*Journal of the americ. med. asoc.* t. 34)

poleca ten związek i zachwala go w przebiegu cukrzycy, podając go w opłatku w dawce 0·25 do 0·60 gramów 3—4 razy dziennie. *Dr. Ig. L.*

Chininum eosolicum. Jest to związek trójsiarko-acetylo-kreosotu z chininą, zalecany przez Cypriani ego (*Deutsche med. Ztg.* 1901. Nr. 101), jako skuteczny środek przeciw zimnicy. Autor go przepisuje: *Rp.: Chinini eosolici, Ferri reducti. aa 5·0, Strichnini sulfurici, Acidi arsenicosi aa 0·1, Extracti gentianae q. s. ut f. pillulae Nr. 50; Signa: Dla dorosłych trzy razy dziennie po dwie pigułki, w wieku młodzieńczym trzy razy dziennie po jednej pigułce podczas jedzenia; dla dzieci 1—2 pigułek na dzień, stosownie do wieku.* *Dr. Ig. L.*

* * *

VII. Sprawy Towarzystw lekarskich.

Towarzystwo lekarskie krakowskie.

Posiedzenie nadzwyczajne w dniu 12 lutego 1902.

Przewodniczący kol. prof. Kostanecki.

I. Protokół z poprzedniego posiedzenia odczytano i przyjęto.

II. Kol. Przewodniczący zawiadamia, że w dniach 5, 9 i 12 marca b. r. odbędą się na jednem posiedzeniu zwyczajnem i dwóch nadzwyczajnych odczyty z dziedziny higieny, a mianowicie d. 5 marca mówić będą: 1) kol. prof. Bujwid: »O zadaniach higieny szkolnej«; 2) kol. Jan Landau: »Szkoła a choroby zakaźne«. Dnia 9 marca: kol. Piasecki ze Lwowa: »O spółczesnej gimnastyce wobec fizyologii i higieny«. Dnia 12 marca: 1) kol. prof. Wicherkiewicz: »O wpływie szkoły na rozwój chorób ocznych«, 2 kol. Bier: »O zadaniach lekarza szkolnego«.

Wobec doniosłości tematów dla higieny społeczeństwa, zachęca kol. przewodniczący członków Towarzystwa do licznego udziału w tych zebraniach.

Kol. Borzęcki czyni wniosek, ażeby w szeregu tych odczytów umieścić również odczyt »O zapobieganiu szerzeniu się chorób wenerycznych pośród młodzieży szkolnej«, na co kol. przewodniczący odpowiada, że odczyt podobny może być zgłoszony na inne posiedzenia Towarzystwa, gdyż dla zapowiedzianych odczytów czas już jest ograniczony.

III. Kol. prof. Rosner wygłosił odczyt: »O ciąży bliźniaczej monochorialnej« (Rzecz drukowana w »Rozprawach Wydziału matematyczno-przyrodniczego Akademii Umiejętności«).

W dyskusyi kol. prof. Kostanecki zwraca uwagę na doniosłość pracy kol. Rosnera, zarówno pod względem praktycznym, jakoteż dla teoretycznych badań embryologicznych. Za wielką zasługę poczytuje autorowi, iż w pierwszej części swych badań wykazał bezpodstawność dotychczasowych tłomaczeń ciąży monochorialnej, opierających się na przypuszczeniach, które nie mogą się ostać wobec nowszych zapatrywań mechaniki rozwojowej. W drugiej części autor stawia trzy hipotezy co do możliwości powstawania ciąży bliźniaczej monochorialnej, ale kol. Kostanecki zgadza się z autorem, iż największej prawdopodobieństwa przemawia za przypuszczeniem, że ciąża ta powstaje podobnie jak u *Dasypus* z dwóch jajek, pomieszczonych w jednym pęcherzyku Graafa (a więc *graviditas unifollicularis* nie *uniovularis*), że drugie dwie hipotezy można z pewnem prawdopodobieństwem wykluczyć. Wreszcie podnosi kol. Kostanecki doniosłość badań kol. Rosnera ze względu na wytłómaczenie powstawania płci.

Kol. Bochenek podnosi, że zgodnie z zapatrywaniami prelegenta nie można doświadczeń, dowodzących, że rozwój jednej blastomery w cały organizm jest możliwy, rozszerzać i na zwierzęta wyższe, ponieważ zdolność regeneracyi u jednych i drugich jest zupełnie inna. Zapytuje dalej, czy u *Dasypusa* nie można było zbadać zachowania się pęcherzyków żółtkowych?

Po wyjaśnieniu kol. prof. Rosnera posiedzenie zamknięto.

Dr. Jan Landau, sekretarz doroczny.

Towarzystwo dermatologiczne.

Protokół z posiedzenia zwyczajnego w dniu 5. stycznia 1902.

Obecni: koll. Boczar, Borzęcki, Filipkiewicz, Krzyształowicz, Mayzel, Pacyna, Reiss, Schwarz, Sokołowski, Steuermark i jako gość Hanczakowski.

Kol. Reiss, otwierając posiedzenie, zawiadamia członków, że trzech kolegów: Filipkiewicz, Mayzel i Wicherkiewicz zgłosiło swoje przystąpienie do Towarzystwa i prosi, aby wybory ich odbyły się przez tajne głosowanie. Wszyscy zostali jednogłośnie przyjęci. Kol. Pacyna odczytał protokół z poprzedniego posiedzenia, który bez dyskusyi przyjęto. Następnie udzielił przewodniczący głosu kol. Krzyształowiczowi, który zaznaczając, że ma zamiar przedstawić kilka gatunków grzybów chorobotwórczych, pasorzytujących we włosach człowieka, demonstracye swe porzedza kilku uwagami ogólnemi. Dotąd rozróżniamy trzy rodzaje grzybów, pasorzytujących we włosach ludzkich, stanowiące trzy odrębne typy, które nie są jednolite, gdyż każdy z nich przedstawia odrębną rodzinę o pewnych swoistych cechach postaciowych i biologicznych, zawierającą pewne odmiany, różniące się od siebie w hodowlach. Grzyby te są: *Achorion Schönleini, Trichophyton, Microsporon Andonini.* Grzyb woszczynowy (*Achorion favi*) zajmuje włos w jego osi długiej, nitki jednak przebiegają nieregularnie, tu i owdzie rozdzielają się i zawierają zarodniki różnej wielkości, pozostawiając między sobą dużo istoty włosowej nietkniętej; dlatego przy woszczynie widzimy włosy utrzymane, choć pozbawione prawidłowego blasku i łamliwe. Właściwy grzyb włosowy (*Trichophyton*) leży także wzdłuż długiej osi włosa, zajmując znaczną część miąższu włosa. Człony grzybni są wielkości 5 do 7 μ w średnicy i przeważnie jednakie. Klinicznie widzimy włosy odłamane nader krótko, bo 2—3 mm. ponad powierzchnią skóry i grubsze, niż włosy prawidłowe. W pewnych przypadkach jednak widać, że obok włosa zajętą jest i torebka włosowa grzybem o podobnych cechach jak poprzedni, z tą różnicą, że człony grzybni nie są tak równe, a różnią się wielkością między sobą. Klinicznie są te przypadki wyraźnie nacechowane objawami zapalnymi aż do znacznego ropienia torebek włosowych i wtedy znowu można wykazać zwierzęce pochodzenie grzyba. Grzyb drobnozarodnikowy (*Microsporon*) osiada głównie między osłonką włosa a nim samym, chociaż i włos sam nie jest wolny, a w grzybie nie można odróżnić nitek, lecz tylko małe, 1 do 3 μ średnicy mające zarodniki kuliste lub wieloboczne, tworzące jakby mozaikę na włosie. Przez to włos jest także odłamany, ale nieco wyżej, na 6—7 mm. ponad powierzchnią i okryty szarą osłonką, wychodzącą z głębi skóry. Otaczająca skóra przedstawia nader małe objawy zapalenia, zaledwie nieco szarych łusek (*Pityriasis alba*). Wykład swój ilustruje prelegent rysunkami na tablicy. Następnie przedstawia hodowle grzybów na sztucznych pożywkach i zaznacza, że pożywki te winne być sporządzane w ten sposób, aby zawierały dużo cukru, a mało istot azotowych, że do tego najlepiej nadaje się pożywka z agaru z brzeczką piwną. Przeszczepiając grzyba z włosów, z łuseczek skóry, a nawet z paznogci, nie daje się odrazu do termostatu probówek z przeszczepionymi grzybami, lecz przetrzymuje je w ciepłocie pokojowej, w ten bowiem sposób nie dopuszcza się do rozwoju bakteryj zanieczyszczających i otrzymuje się mniej więcej czystą hodowlę danego grzyba. Hodowle te wykazują różnice bardzo znaczne między tymi trzema typami grzybów, mniejsze między ich pojedynczemi odmianami, np. *Trichophyton endothrix*, a *Trichophyton endo-ectothrix*.

Kol. Sokołowski zapytuje prelegenta, co sądzić o różnych a charakterystycznych zmianach, jakie wywołuje strupień woszczynowaty i jaki jest najodpowiedniejszy sposób dla praktycznego lekarza zbierania i barwienia grzybów? Kol. Krzyształowicz odpowiada, że co się tyczy strupienia woszczyn, to zwykłe i herpetyczne zmiany kliniczne zależą od podłoża, przebiegu, trwania i nasilenia choroby, botaniczne zaś różnice polegają na owocowaniu. Co się tyczy sposobu przygotowania preparatu do badania, to najprostszy jest ten, że biorąc do badania grzyb z ropy, rozciera się ją na szkiełku i barwi najlepiej metodą Grama, biorąc zaś grzyb z włosów, lub strupa, daje się przedmiot na szkiełko, na to napuszcza się trochę ługu potasowego do 40%, przykrywa szkiełkiem nakrywkowem i lekko ogrzewa. W ten sposób staje się preparat odrazu zdatny do badania pod mikroskopem, gdzie przy zaciemnionej blendzie doskonale grzyb widzieć można. Wreszcie oddaje do oglądania rozmaite preparaty grzybów, umieszczone pod siedmiu mikroskopami.

Kol. Boczar, powołując się na wywód kol. Krzyształowicza nadmienia, że grzyby, jak w liszaju (*herpes*) i strupieniu woszcz. zajmują sam włos, a więc wyrywając włosy, wyrywa się i grzyba; doświadczenie jednak uczy, że najskrupulatniejsze wyrywanie włosów nie zawsze sprowadza natychmiastowe wyleczenie choroby. Używa się tu jeszcze różnych płynów i maści, któremi naciera się skórę po wyrwaniu włosów. Jego zdaniem leczenie to chroma, bo po wyrwaniu włosa sama skóra zaciska powstały włosowaty przewodzik tak, że lek

nie może się dostać w głąb cebulki włosowej i zniszczyć reszty grzyba. Radzi więc, aby do leczenia używać przetworów alkoholowych, a stosować je na szczotce szczecinowej, która, uderzając w pozbawione włosów miejsca, szczecią wchodziłaby do samej cebulki, a tem samem wprowadzałoby się tam lek.

Kol. Reiss przyznaje tej myśli pewne znaczenie, lecz zważywszy, że przy takiej manipulacyi szczeć szczotki nie do wszystkich dostaje się torebek, więc i ta metoda nie jest doskonałą i on sam wyżej stawia kataforezę, bo tutaj płyn, którym napojona jest katoda, przenika skórę, a więc niewątpliwie dostaje się i do torebki włosa. Kol. Boczar, broniąc swej myśli zaznacza, że jemu nie chodzi, aby do wszystkich cebulek dostawały się szczeciny szczotki, wystarczy jeżeli przyskórek jest lekiem napojony. Kataforeza, przy której używa się przeważnie wodnych leków, nie daje spodziewanych wyników, co zresztą sam spostrzegał, lek winien być w rozczynie alkoholu, a jeżeli Glück przy stosowaniu samych okładów widział dobre wyniki, to jeżeli lek przez wkłówanie szczotki dostanie się do głębi, wyniki winny być jeszcze lepsze. Kol. Reiss we wszystkich przypadkach choroby włosów na tle grzyba leczy przez wyrywanie włosów i następnie lekami. Pytanie, co tu właściwie działa, jedno, czy drugie? Doświadczenie wykazuje jasno, że bezwątpienia najważniejszem jest wyrywanie włosów, a lek tylko je wspomaga. Kol. Borzęcki zwraca się do kol. Krzyształowicza z zapytaniem, jak się to dzieje, co kliniczna obserwacya wykazuje, że np. w strupieniu woszczynowatym po wyrwaniu nawet kilku generacyj włosów znów tworzą się nowe tarczki *(scutula)*, które wskazują na istniejącą jeszcze chorobę? Po wyrwaniu włosów widać na skórze ogniska przekrwienia, które powoduje tylko grzyb, bo jak długo one istnieją, choroba się utrzymuje; dopiero skoro tych ognisk więcej odszukać nie można, uważa się chorobę za uleczoną, co zresztą potwierdza kliniczna obserwacya. Kol. Krzyształowicz odpowiada, że jeżeli po dokładnem wyrwaniu włosów choroba powraca, to wina tylko niedokładnego wyrywania. Wyrywając włosy, jedne usuwa się w zupełności, inne odłamuje tylko tak, że grzyb pozostaje i w dalszym ciągu chorobę podtrzymuje. Pamiętać trzeba, że włosy chorobowo zmienione są kruche i łamliwe, zwłaszcza w włosozroście niszczącym *(Trichophyton)*, gdzie włos sam odłamuje się kilka milimetrów nad skórą. Wyrywając i taki włos, możemy go ponownie w skórze odłamać, część włosa pozostaje, a z nim grzyb i znów dalsze trwanie sprawy chorobowej. Idealne wyrywanie włosów odbywa się przy pomocy promieni Roentgena, bo tu włos w całości wypada, grzyb traci swe środowisko, w którem żyje i ginie bezpowrotnie. Kol. Reiss zwraca uwagę na sposób wyrywania włosów. Jeżeli się bowiem wyrywa w kierunku porostu włosa, można mieć pewne przypuszczenie, że się go wyrwało w całości, jeżeli jednak wyrywa się go w innym kierunku, włos kruchy łatwo odłamać się może. Zapytuje kol. Krzyształowicza, czy klinicznie można odróżnić *Endothrix* od *Ectothrix*? Kol. Krzyształowicz nadmienia, że różnica taka istnieje. *Endothrix* napotykamy przeważnie u zwierząt, u ludzi zaś istnieje *Endo-ectothrix* i podczas gdy *Entothrix* jest nader uporczywy w leczeniu, to *Endo-ectothrix* jest jeszcze uporczywszy i upływają całe miesiące, zanim nastąpi zupełna sanacya.

Z kolei przedstawia kol. Borzęcki przypadek późnej postaci kiły wrzodowej na ręce kobiety, która dotąd nie była leczona przeciwkiłowo i u której wywiady kiły nie wykazały. Zajętą jest równocześnie okostna. Kol. Reiss uważa ten przypadek za typową kiłę; podminowanie zaś brzegów uważa jako następstwo kiłowego zapal. okostnej. Za kiłą zresztą przemawiają kilaki na przedramieniu. Na zapytanie kol. Mayzla oświadcza kol. Borzęcki, że jako środki lecznicze podano tu jod wewnętrznie i okłady sublimatowe, a gdy wystąpiły objawy zatrucia jodowego, zastosowano ponowne wcierania z obawy przed dalszą destrukcyą. Kol. Mayzel jest przeciwny wcieraniom, boć tam, gdzie zachodzi konieczność podania rtęci, mamy do dyspozycyi jodek rtęciowy, który podany w małych dawkach nie wywoła zatrucia jodowego, a może dać bardzo dobre wyniki. Kol. Borzęcki zaznacza, że ludzie do jodu przyzwyczaić się mogą i często ci, którzy małych nie znosili dawek, później bardzo dobrze nawet większe dawki znosić mogą. Kol. Sokołowski zwraca uwagę na nowy lek *jodipinum*, który ma nie wywoływać takich zmian, jak jod zwyczajny, a działa równie dobrze. Kol. Reiss oświadcza, że lek ten stosował, ale dobrych po nim nie widział wyników. A zresztą w przypadkach, gdzie jod nie bywa dobrze znoszony, najlepiej podawać równocześnie skrobię, która wiąże wydzielający się w ustroju nadmiar wolnego jodu, a tem samem nie dopuszcza do zatrucia jodowego. Dalej przedstawia kol. Borzęcki przypadek kiły, niszczącej nos, ze zniszczeniem przegrody i chorą, u której na szyi, policzkach, dziąsłach i podniebieniu twardem, obok blizn, znajdują się zmiany, wywołane wilkiem, a prócz tego przebicie przegrody nosowej. Wobec tego ma się tu do czynienia z dwoma sprawami chorobowemi, tj. wilkiem i kiłą, za czem przemawia zresztą okoliczność, że ani skrzydełka nosowe, ani widoczna część przegrody wilkiem nie są dotknięte. Kol. Krzyształowicz zwraca uwagę, że samo przebicie przegrody nie przemawia za istnieniem kiły, bo jeżeli się ma zmiany wywołane wilkiem na błonach śluzowych ust, to mogły one również być i na błonie śluzowej przegrody nosowej i spowodować przebicie. Kol. Reiss przychyla się do rozpoznania kol. Borzęckiego, zaznacza jednak konieczność zbadania lusterkiem nosa, które rzecz stanowczo wyjaśni. Wreszcie przedstawia kol. Borzęcki chorą, u której w trakcie leczenia przeciwkiłowego z powodu kiły plamistej wystąpiła wysypka guzkowa, jako typowy *Lichen syphiliticus*. Cierpienie to ma przebieg nader uporczywy, guzki zamieniają się w pęcherzyki z obwódką zapalną, te pękają i zasychają, a w miejsce ich powstają nowe *(Acne syphilitica)*. Na zakończenie wspomina o przypadku demonstrowanym na poprzedniem posiedzeniu z długotrwałą łuszczycą ogólną, gdzie mimo wszelakiego leczenia choroba utrzymuje się w jednakim stopniu, a tylko wszystkie dostępne badaniu gruczoły chłonne obrzękły jeszcze bardziej tak, że rozpoznanie łupieża czerwonego Hebrai jest obecnie bardzo prawdopodobne. Kol. Sokołowski radzi, aby tu jeszcze zastosować ogólne leczenie maścią siarczaną i uważać, jakie wyniki da ta terapia.

Na tem posiedzenie zamknięto.

Dr. Reiss, prezes. *Dr. Pacyna*, sekretarz.

VIII. Wiadomości zawodowe i ogólno-lekarskie.

Medycyna publiczna, Epidemiologia, Statystyka.

Sprawozdanie c. k. krajowej Rady zdrowia o stosunkach zdrowotnych w Galicyi w roku 1898.

Zestawił

Dr. Jan Gwiazdomorski.

(Dokończenie).

Już na początku tego sprawozdania ze Sprawozdania wspomnieliśmy, że wnioski Rady zdrowia widocznie nie znajdują należytego poparcia, skoro Rada zdrowia ponawia je od lat kilku. Rozporządzamy tylko Sprawozdaniami Rady zdrowia począwszy od r. 1894, więc też omawiając te wnioski na tem miejscu, tylko na tych Sprawozdaniach oprzeć się możemy.

A więc *ad 1)* stwierdzamy że Rada zdrowia wniosek ten przedkłada stale od r. 1894.

Ad 2) Ten wniosek pojawia się w Sprawozdaniu po raz drugi. A dość jest wyobrazić sobie taką gminę, czerpiącą wodę do picia ze strumyków, czasem moczarów, w razie epidemii duru, czerwonki, cholery lub dżumy, by uznać konieczność urzeczywistnienia tego wniosku.

Ad 3) Wniosek ten przedstawia Rada zdrowia po raz piąty od r. 1894. Zdaje nam się jednak, że więcej niż od przestrzegania ustaw budowlanych i od przyszłej (?) zmiany tych ustaw można spodziewać się w kierunku zapobiegania szerzeniu się gruźlicy — a na to wniosek kładzie nacisk, — po izolowaniu chorych na gruźlicę, budowie osobnych sanatoryów dla gruźliczych, desinfekcyi mieszkań po gruźliczych, przestrzeganiu, by plwociny ich nie stawały się rozsadnikami choroby i t. p.

Ad 4) Wniosek czyniony po raz drugi, blizki zapewne wykonania.

Ad 5) Wniosek czyniony od r. 1894 po raz piąty.

Ad 6) Wniosek czyniony po raz drugi. Dodać możeby należało, że ponieważ i szkoły średnie, — jak wyżej w sprawozdaniu zauważono, — są przeważnie w wynajętych budynkach i nieodpowiednio pomieszczone, przeto należałoby nie tylko fundusz krajowy dla szkół ludowych, lecz także i fun-

dusze rządowe na budowę szkół średnich hojniej wymierzać. Wiadomo, jak rząd zwykł ciężar ten zwalać na gminy.

Ad 7) Wniosek czyniony po raz drugi. Jednak przy żadnej z trzech nowo postawionych szkół średnich w Krakowie boiska takiego niema są tylko małe podwórza, choć można to było zrobić małym kosztem, kupując więcej gruntu, bo był do dyspozycyi.

Ad 8) Wniosek czyniony od r. 1894 po raz piąty.

Ad 9) Wniosek dawniej od r. 1894 łączony z poprzednim, a od r. 1897 czyniony jako samoistny.

Ad 10) Wniosek również od r. 1894 po raz piąty czyniony, choć do r. 1897 brzmiał nieco inaczej, ale treść była ta sama prawie.

Ad 11) Wniosek czyniony po raz drugi.

Ad 12) Wniosek czyniony od r. 1894 po raz piąty, a pewnie i znacznie dawniej, popierany w Sejmie bardzo energicznie, nie może się doczekać urzeczywistnienia.

Ad 13) Wniosek czyniony po raz drugi. Trzeba raz widzieć urządzenie szkoły położnych w Krakowie, by nietylko uznać konieczność nowego Zakładu, ale wyrazić także podziw dla lekarzy tam pracujących, którzy w tych warunkach tracą zdrowie i siły, aby mimo szalonych trudności tak dobre osiągnąć wyniki. Koniecznem też zdaje się nam zaznaczenie potrzeby otwarcia nowych szkół dla położnych w Galicyi, czego we wnioskach nie znajdujemy.

Ad 14) Wniosek czyniony od r. 1894 po raz piąty. Mimo zupełnej słuszności tego żądania, zdaje nam się, że inne są o wiele ważniejsze. Podnoszenie jednak tego wniosku w rzędzie desyderatów uznać należy za słuszne.

Ad 15) Wniosek czyniony po raz pierwszy. Szczególniejszą uwagę zwrócić zwłaszcza należy na drugą część wniosku, dotyczącą opieki lekarskiej nad aresztantami i więźniami, co przecież bardzo małym kosztem da się przeprowadzić.

Ad 16) Wniosek czyniony po raz drugi. Tu należało zdaniem naszem zaznaczyć potrzebę zakładania domów przymusowej pracy.

Ad 17) Wniosek czyniony od r. 1894 po raz 4-ty (tylko w r. 1897 go opuszczono). A tak łatwo bez kosztów byłoby temu złemu choć w części zaradzić przez zmniejszenie liczby szynków po miastach i miasteczkach, gdzie pod tym względem wprost oburzająca panuje gospodarka. (Na domiar złego zamiast gospodarkę tę ukrócić, wydano w listopadzie 1901 r. rozporządzenie zezwalające, na otwarcie szynków aż do godz. 11-tej w nocy. Interesującem byłoby poznać motywa tego rozporządzenia).

Ad 18) Wniosek czyniony od r. 1894 po raz piąty, z tą tylko odmianą, że do r. 1897 dodawano tu jeszcze inne, z których obecnie uczyniono wnioski samoistne. Wniosek ten uważamy może za najważniejszy, bo pamiętajmy, że — jak wyżej wykazano, — czwarta część wszystkich zmarłych uległa chorobom zakaźnym. Toteż wydanie takiej ustawy państwowej w miejsce licznych drobnych rozporządzeń uważamy za najnaglejsze. Niestety parlament ani rząd nie ma na to czasu. Dodajmy, że prócz ustawy należałoby też dobrze obmyśleć sposób jej wykonania i dopilnowania, by — jak wiele innych — nie została na papierze.

Ad 19) Wniosek czyniony od r. 1894 po raz piąty.

Ad 20) Wniosek czyniony po raz pierwszy. Dodać musimy, że po inne lata były czynione także inne wnioski, które w tym roku opuszczono. Tu należy w pierwszej linii wniosek z r. 1895 o wskrzeszenie zniesionych domów podrzutków, względnie urządzenie zakładów opieki nad niemowlętami. Opuszczono także od paru lat wniosek, by w celu ulepszenia stosunków zdrowotnych w kraju podnieść dobrobyt ludu wiejskiego przez poprawę gospodarstwa wiejskiego, podniesienie drobnego przemysłu i ułatwienie nabywania ziemi przez włościan.

Ze wszystkich 26 od lat pięciu czynionych wniosków tylko jeden z r. 1894 i 1895 doczekał się urzeczywistnienia, tj. wniosek o organizacyi służby lekarskiej w szpitalach. Niektóre inne zostały tylko w małej części (budowa szkół i szpitali) urzeczywistnione; reszta mimo kilkakrotnego ponawiania czeka jeszcze na wprowadzenie w życie.

Sprawozdanie zamyka szereg tablic statystycznych.

Sprawozdanie

Zakładu szczepień ochronnych przeciwko wodowstrętowi w Krakowie za miesiąc luty 1902.

W miesiącu tym leczono ogółem osób 81; w liczbie tej 18 osób pozostałych w leczeniu z miesiąca stycznia, 17 osób pozostaje nadal w leczeniu na miesiąc marzec 1902.

Od początku roku 1902 do dnia 28 lutego 1902 leczono **ogółem 97 osób.**

Wykaz 63 osób, leczonych w miesiącu lutym, ze względu na rodzaj pokąsania:

POKĄSANIE	A. Wściekliznę stwierdzono przez szczepienie próbne cząstki mózgu (sub duram) królikowi	B. Wściekliznę stwierdzono przez sekcyę weterynarską	C. Zwierzęta podejrzane	Ogółem
w twarz i głowę . . .	—	1	2	3
w kończyny górne i tułów	—	8	24	32
w kończyny dolne . . .	1	6	21	28
w ciało gołe	—	8	22	30
przez ubranie	1	7	25	33
Ogółem	1	15	47	63

Zwierzęta kąsające były w 62 przypadkach psy, w 1 przypadku kot. 1 psa szczepiono ochronnie.

Kraków, dnia 1 marca 1902 r.

Z. Klemensiewicz, za Dyrektora Zakładu, m. p.

IX. Wiadomości bieżące.

Kraków, dnia 6 marca.

* Towarzystwo lekarskie krakowskie odbyło dnia wczorajszego posiedzenie nadzwyczajne, na którem kol. prof. Bujwid mówił »O zadaniach higieny szkolnej«; kol. dr. Landau miał odczyt p. t: »Szkoła a choroby zakaźne«.

* *La Presse médicale* w Nr. 16 donosi: »Zgromadzenie delegatów »Międzynarodowego Stowarzyszenia prasy lekarskiej« odbędzie się 7 kwietnia b. r. w Monte-Carlo pod auspicyami księcia Monako. Delegaci narodowi, wyznaczeni przez miejscowe związki prasy lekarskiej, będą mieć za zadanie uchwalenie ostateczne statutu »Międzynarodowego Stowarzyszenia prasy lekarskiej« i zatwierdzenie konwencyi, zabezpieczającej poszanowanie praw własności literackiej w piśmiennictwie naukowem. Wkrótce poszczególne narodowe związki prasy lekarskiej otrzymają odpis rozmaitych projektów, dotyczących tych spraw w szczególności zaś projekty francuski i niemiecki. Na zgromadzeniu w Monte-Carlo ma być również roztrząsaną sprawa »stałego międzynarodowego biura«, zorganizowanego na wzór »agencyi dla informacyj politycznych«; biuro to, w razie uchwalenia, ma otrzymywać autoreferaty z lekarskich prac naukowych całego świata i rozsyłać je następnie do tych wszystkich czasopism, które należeć będą do »Stowarzyszenia międzynarodowego«.

* Stopień doktorów wszechnauk lekarskich w Uniw. lwowskim otrzymali: Stanisław Progulskki i Jakób Bronisław Sokal.

* Na zgromadzeniu lekarzy Towarzystw ubezpieczeń na życie, które odbyło się w Londynie, stwierdzono, że śmiertelność w krajach cywilizowanych zmniejszyła się znacznie w ostatniem dwudziestoleciu. Największy spadek wykazuje statystyka austryacka (z 32,7 na 27,9) i holenderska (z 24,4 na 19,6); najmniejszy zaś francuska (z 22,5 na 22,3).

* Za inicyatywą styryjskiej Izby lekarskiej wszystkie Izby austryackie wyszlą petycyę do ministeryum sprawiedliwości, upraszającą o wydanie instrukcyi sądom, ażeby przed zawyrokowaniem o winie lekarza, oskarżonego o błąd w sztuce, zawsze i obowiązkowo zasięgały zdania Wydziału lekarskiego.

* W trzecim tygodniu lutowym (12—25) nie doniesiono władzy o żadnym nowym przypadku ospy w Galicyi. W tymże czasie stwierdzono dur osutkowy w powiatach: bohorodczańskim (3 gminy), brodzkim (1 gm.), buczackim (1 gm.), dąbrowskim (1 gm.), drohobyckim

(1 gm.), husiatyńskim (1 gm.), jaworowskim (1 gm.), kolbuszowskim (1 gm.), kołomy(skim (1 gm.), mościskim (1 gm.), nadworniańskim (6 gm.), niskim (2 gm.), przemyskim (1 gm.), rawskim (5 gm.), stanisławowskim (2 gm.), złoczowskim (1 gm.), żółkiewskim (1 gm,).

Ogólna liczba chorych na dur osutkowy w Galicyi wynosi w tygodniu sprawozdawczym osób 149, o 100 więcej niż w tygodniu poprzednim.

* Międzynarodowa Rada sanitarna kwarantanowa w Aleksandryi ogłasza w »Bulletin quarantenaire« z 30 stycznia (Nr. 91) konkurs na następujące posady: 1) lekarza dla desinfekcyi i dozoru w Suezie i przy Źródłach Mojżesza z roczną płacą 8.000 fr., która może być podniesioną do 12.000 fr. Wymagane są: odpis dyplomu doktorskiego, świadectwo praktycznych studyów z bakteryologii i specyalnych wiadomości z epidemiologii, świadectwo zdrowia i oświadczenie, że kandydat podejmuje się objąć urzędowanie już w miesiąc po zamianowaniu. 2) Lekarza kobiety z miesięczną płacą 26—38 funtów egipskich. Wymagane są: kopia doktorskiego dyplomu, świadectwo zdrowia i powyższe oświadczenie co do terminu objęcia służby. 3) Dwie posady lekarskie dyrektorów II-giej klasy przy urzędach w Kosseir i Suakim, z miesięczną płacą 22—28 egipskich funtów. Wymagane są: kopia dyplomu doktora medycyny, świadectwo odbytych studyów bakteryologicznych i epidemiologicznych, świadectwo zdrowia i powyższe oświadczenie.

Prócz tego ubiegający się mają podać, jakimi władają językami. Podanie należy wnieść przed 30 marca do prezydenta międzynarodowej Rady sanitarnej w Aleksandryi.

* Ogólna liczba słuchaczów obojej płci w uniwersytetach austryackich wynosi 18.323 (zwyczajnych 14.782 wliczając 126 studentek, nadzwyczajnych 3.205, wliczając 223 studentek i hospitantów 336, z których 274 jest hospitantek). Na medycynę uczęszcza 3.299 słuchaczów, wliczając 66 kobiet.

* W Niemczech na głównych liniach kolejowych urządzono umyślne wagony dla przewozu chorych; cała budowa i wewnętrzne urządzenie zastosowane do swego przeznaczenia.

Nekrologia. Dnia 8 lutego zakończył życie w Mentonie dr. Michał Sakowicz, przeżywszy lat 35. Długotrwała choroba przeszkodziła zmarłemu koledze do rozwinięcia szerszej działalności na polu naukowem, do czego posiadał wielkie zdolności i zamiłowanie do wiedzy. Rozprawa jego na stopień doktora medycyny »Wpływ istoty szarej dna 3-ej komory mózgowej i wzgórka wzrokowego na ciepłotę ciała« zapowiadała niepospolitego badacza. Może ze względu na łagodny klimat Odessy zmarły objął posadę lekarza ordynującego w oddziale psychiatrycznym tamtejszego szpitala miejskiego; następnych lat parę ratował zagrożone życie w uzdrowiskach zagranicznych, gdzie i dokonał tyle obiecującego żywota. Ś. p. Michał Sakowicz był synem dra Kazimierza z Białocerkwi, znanego zaszczytnie lekarza w całej Ukrainie. W Paryżu zmarł dr. Letourneau, prof. szkoły antropologicznej.

Bibliografia:

— *Kronika lekarska* Z. 4. Ed. Flatau: Budowa rdzenia w świetle badań nowożytnych. Kopytowski: Dwa przypadki niezwykłego rozlanego cierpienia skóry, polegające na rozwoju znacznej ilości narośli, przeważnie epidermoidalnych (c. d.).

— *Medycyna* Nr. 9. Brudziński: Przyczynek do rozpoznawania zapaleń wysiękowych opłucnej u dzieci. Goldflam: Dalsze uwagi nad porażeniem astenicznem, wraz z wynikiem badania pośmiertnego jednego przypadku (Dr. E. Flatau) (c. d.).

— *Gazety lekarskiej* (Nr. 9) nie otrzymaliśmy.

— *Časopis lékařů českých* Nr. 9. Procházka: O následcich mrtwice(c. d.). Merhaut: Výživa mlékem při tyfu střevním.

— *La Presse médicale* Nr. 16. Gaucher i Bernard: Choroby zawodowe. Nowe źródła zatrucia się ołowiem. Fabrykacya fałszywych pereł. Rabé. Patogeneza cukrzycy bronzowej. — Nr. 17. Raymond: Przypadek niedomogi *(asthenie)* opuszkowo-rdzeniowej (syndrom Erba-Goldflama).

— *Berliner klin. Wochenschrift* Nr. 8. Guye: Cztery przypadki wypróżnienia jamy kości klinowej z powodu nawracających polipów nosowych. Straus: O funkcyonalnem rozpoznawaniu nerek. Badania czynności nerek pod względem fizyologicznym i patologicznym. Alfthan: O gumie zwierzęcej Landwehra w moczówce prostej. Naegelsbach: Spokój i ruch w leczeniu suchot płucnych. Hoffmann: O ostrem i wczesnem zapaleniu nerek na tle kiłowem z nadmiernym białkomoczem (dok.).

— *Wiener klin. Wochenschrift* Nr. 9. Damianos i Hermann: Śmiertelny krwotok po wycięciu migdałków. Powstanie ropnia, zawierającego gazy po podskórnem wstrzyknięciu żelatyny. Jehle: Wykazanie prątków duru w plwocinie chorych durowych. Fuchs: Kliniczne doświadczenia nad działaniem alboferyny. Meyer: Powstawanie skurczu mięśni w zakażeniu tężcowem.

— *Münchener medic. Wochenschrift* Nr.8 Ochsner: O dających się uniknąć powikłaniach zapalenia wyrostka robaczkowego. Dörr: Doświadczalny przyczynek do etyologii zakrzepu w zatoce. Disselhorst: Uwagi histogenetyczne i porównawcze o guzach. Lommel: Mylne rozpoznanie na podstawie odczynu Gruber-Widala. Kaposi: Przypadek powikłanego uszkodzenia czaszki z afazyą. Pokrycie ubytku drogą plastyki kostnej. Rad: Przyczynek do kazuistyki ostrej opuchliny ograniczonej. Wagner: Przyczynek do ambulatoryjnego leczenia gruźliczego schorzenia stawów kończyn dolnych. Weigl: Wyjaławiacz dla materyału opatrunkowego dra Kliena. Bernd: Ułożenie pacyentów przy operacyi w zakresie przewodów żółciowych.

— *Deutsche medic. Wochenschrift* Nr. 9. Israel: Kolka nerkowa, krwawienie z nerek i zapalenie nerek. Ekgren: Wpływ mięsienia (masażu) na zawartość białka w moczu chorego na zapalenie nerek. Seeligmann: Przyczynek do etyologii i terapii świądu sromu.

Redakcya otrzymała. Kaiser: Behandlung der Tuberculose und anderer tuberculöser Erkrankungen mit ausschlisslich blauem Lichte. Adamkiewicz: Ein geheilter Fall von Gebärmutterkrebs.

Towarzystwo lekarskie krakowskie odbędzie w niedzielę dnia 9 b. m., o godzinie 4-tej po południu, *w sali Kopernika (Collegium novum)*, posiedzenie nadzwyczajne, na którem dr. Eugeniusz Piasecki wygłosi odczyt: „Współczesna gimnastyka wobec fizyologii i higieny“ (z demonstracyą ćwiczeń).

Towarzystwo lekarskie krakowskie odbędzie we środę dnia 12 marca, o godz. 6-tej wieczorem, *w sali Kopernika (Collegium novum)*, posiedzenie nadzwyczajne, na którem 1) kol. prof. Wicherkiewicz będzie miał wykład p. t.: „Wpływ szkoły na rozwój chorób ocznych“; 2) kol. dr. Bier mówić będzie: „O zadaniu lekarza szkolnego“.

Redaktor odpowiedzialny: Dr. August Kwaśnicki.